

Path.

1190

tg

Path.
1190 tg

Sohnern

DIE HÄUFIGSTEN
MAGENKRANKHEITEN
UND DEREN
BEHANDLUNG

VON

DR. MED. EDGAR FRHR. VON SOHLERN,
PRAKT. ARZT,
BESITZER DER HEILANSTALT FÜR MAGENLEIDENDE
ZU BAD KISSINGEN.



BAD KISSINGEN.
COMMISSIONS-VERLAG VON PH. HAILMANN.
1885.



Inhalts-Verzeichniss.

	Seite.
Vorwort	I—IV
Einleitung	1
Die organischen Magenkrankheiten	8—75
Der akute Katarrh	8
Der chronische Katarrh	14
Das Magengeschwür	24
Der Magenkrebs	43
Die Magenerweiterung	58
Neurosen des Magens	76—100
Die Cardialgie	76
Die nervöse Dyspepsie	83
Allgemeine Therapie	104—118
Specielle Therapie	119—150
Der akute Katarrh	119
Der chronische Katarrh	121
Das Magengeschwür	127
Der Magenkrebs	134
Die Magenerweiterung	137
Die Cardialgie	143
Die nervöse Dyspepsie	147
Anhang	151



INHALT

Vorwort
I. Die Bedeutung der Naturwissenschaften
II. Die Entwicklung der Naturwissenschaften

VORWORT

Die Naturwissenschaften sind die Grundlage der menschlichen Kultur und der Fortschritt der Menschheit.

Die Naturwissenschaften sind die Grundlage der menschlichen Kultur und der Fortschritt der Menschheit.

Die Naturwissenschaften sind die Grundlage der menschlichen Kultur und der Fortschritt der Menschheit.

Die Naturwissenschaften sind die Grundlage der menschlichen Kultur und der Fortschritt der Menschheit.

Die Naturwissenschaften sind die Grundlage der menschlichen Kultur und der Fortschritt der Menschheit.

Die Naturwissenschaften sind die Grundlage der menschlichen Kultur und der Fortschritt der Menschheit.

Die Naturwissenschaften sind die Grundlage der menschlichen Kultur und der Fortschritt der Menschheit.

Die Naturwissenschaften sind die Grundlage der menschlichen Kultur und der Fortschritt der Menschheit.

Die Naturwissenschaften sind die Grundlage der menschlichen Kultur und der Fortschritt der Menschheit.

Die Naturwissenschaften sind die Grundlage der menschlichen Kultur und der Fortschritt der Menschheit.

Die Naturwissenschaften sind die Grundlage der menschlichen Kultur und der Fortschritt der Menschheit.

Die Naturwissenschaften sind die Grundlage der menschlichen Kultur und der Fortschritt der Menschheit.



VORWORT.

Man erwarte in diesem Buche keine weitläufige und erschöpfende Darstellung aller überhaupt möglichen Magenerkrankungen! Es soll Nichts enthalten, als was sein Titel sagt: Die häufigsten Magenkrankheiten und deren Behandlung. Bei der grossen Anzahl von magenleidenden Kranken, die jährlich Kissingen aufsuchen, bietet sich vielfach Gelegenheit, Beobachtungen zu machen und Erfahrungen zu sammeln.

Als ich hier eine Heilanstalt für Magenleidende nach Leube'schem System errichtete, war ich mir wohl bewusst, dass es mir an kleinlichen Anfeindungen aller Art nicht fehlen würde. Ich fühlte mich dafür reichlich entschädigt bei dem Gedanken, dass ich durch diese That dem Publikum nützen, und den Krankheitskreis Kissingens erweitern würde. Bot sich mir doch auch Gelegenheit, mich mit einer Gruppe von Erkrankungen, die bei ihrer Häufigkeit gewiss die ernsteste Berück-

sichtigung verdienen, eingehend zu beschäftigen und eigene Anschauungen zu gewinnen!

Meine Beobachtungen stützen sich hiebei selbstverständlich nicht nur auf die Kranken in der Anstalt, sondern auch auf Jene, die von mir überhaupt behandelt wurden, wenn freilich ich auch zugebe, dass sich meine Ansichten, wie ich sie hier niederlege, mehr nach den eingehender und sorgfältiger gemachten Erfahrungen, wie sie nur bei Ersteren möglich sind, klärten.

Wenn der Leser in der Behandlung der Magenleiden die üblichen Medicamente nur kurz berücksichtigt findet, so möge er das in meiner ausgesprochenen Stellung zu der Therapie der Magenkrankheiten begründet sehen! Weit wichtiger als jedes Arzneimittel ist die rationelle Verköstigung des Einzelnen. Sollte meine Schrift dazu beitragen, die medicamentöse Behandlung mehr und mehr einzuschränken und an Stelle der symptomatischen eine Kurmethode zu setzen, die mit der Leistungsfähigkeit des jeweilig erkrankten Organs rechnet, und soweit als möglich, das Grundleiden zu bekämpfen sucht, so wäre ich überreich belohnt.

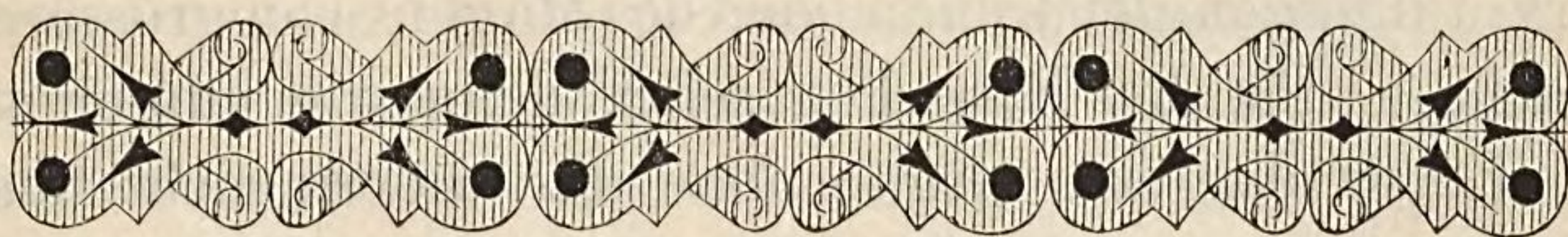
Doch dazu ist, wie ich viele Kranke kenne, wenig Aussicht, denn je einfacher und natürlicher Etwas ist, desto weniger imponirt es. Vielen ist eine Pille, deren Zusammensetzung ihnen unbekannt ist, weit verheissender, als die ruhige und sachliche Vorstellung, den Magen so zu verköstigen, wie es dem Individuum dienlich ist. Freilich ist das dem Laien um so verzeihlicher, da ja auch gar Mancher in ärztlichen Kreisen den Stomachicis ein unerschütterliches Vertrauen entgegenbringt.

So viel oft beim Magenkranken zu erreichen wäre, so wenig wird häufig erzielt, einmal, weil man meist zu lange wartet, und dann, weil eben der Kranke nach althergebrachter Sitte lieber ein „kräftiges“ Mittel nimmt, bei dessen Genuss er die Diät als etwas Nebensächliches betrachten zu dürfen glaubt. „Ach was habe ich nicht schon Alles angewandt“ und „mir ist ja doch nicht mehr zu helfen“ sind die Redensarten Solcher, die „durch jahrelanges Mediciniren“ ihre Verdauungsorgane zum Aeussersten gebracht haben.

Jene, die wider besseres Wissen die von mir gepflogene Behandlungsweise zu verdächtigen suchten, mögen dies meinethalben auch fernerhin thun, und die aus Unkenntniss daran makelten, mit denen will ich nicht rechten: das Richtige gewollt und in vielen Fällen erreicht zu haben, tröstet mich für alle Unbill; meinen Gönnern aber, die mit regem Interesse meinem Unternehmen entgegen kamen, diesen meinen wärmsten Dank!

Bad Kissingen, im Februar 1885.

Dr. Frhr. E. v. Sohlern,
prakt. Arzt.



Einleitung.

Die Organe in unserem Körper, in denen die zum Lebenshaushalte aufgenommenen Stoffe Luft und Nahrung zu unserem Zwecke brauchbar gemacht, und zum Theil ausgeschieden werden, sind die Lunge und die Verdauungsorgane.

Es ist unnöthig zu sagen, dass vollendete Gesundheit nur da vorhanden sein kann, wo die physiologischen Funktionen der Lungen und des Magen-Darmtrakts in vollständig geordneter Weise vor sich gehen. Jede Störung, auch wenn sie keine tiefgehende und das Leben direct bedrohende ist, wird sich naturgemäss als von höchster Bedeutung für den Organismus erweisen.

Es wäre ein müssiger Streit zu entscheiden, ob

Erkrankungen der Lunge oder des Magens von grösserem Nachtheil für den Menschen seien, denn wie nun einmal im Leben das eine Organ ohne das andere nicht funktionieren kann, und alle unterstützend und helfend wie Theile einer Maschine zusammengreifen, so muss folgerichtig eine Erkrankung dieser Organe dem Gesamtleben zum Schaden gereichen. Die Erfahrung bestätigt uns dies täglich, denn in wie vielen Fällen zeigt uns schon das Aussehen des Magenkranken, dass eine Reduction seines Körpers stattgefunden hat!

Unsere ganzen Verhältnisse sind dem Fortschreiten der Cultur entsprechend, die leider auch für unsere Ernährung gewiss nicht förderliche Genussmittel mit sich bringt, von der Bahn des Einfachen und für unseren Lebenshaushalt allein Tauglichen abgewichen, und es ist deshalb nicht Wunder zu nehmen, dass thatsächlich die Zahl der Magenerkrankungen zugenommen hat. Es wäre gewiss interessant, alle hier massgebenden Faktoren zu betrachten, doch würde das zu weit führen. Es sei nur angedeutet, dass abgesehen von der unrichtigen Auswahl der Speisen und Genussmittel und den gewissenlos verfälschten Nahrungsmitteln, wenn diese überhaupt noch diesen Namen verdienen, auch die Art und Weise des Essens bei manchen Völkern und auch Klassen unserer Bevölkerung die Grundlage zu den ernstesten Magenleiden werden kann. Dass ein abusus alle Zeit Veranlassung zur Erkrankung der Verdauungsorgane geben konnte und gab, ist freilich richtig, dass aber Luxus und Gewohnheit unserer Tage die Reihe der Magenkrankheiten erweitert haben, ist zweifellos.

Es ist zwecklos, hierüber zu klagen und leider

auch zwecklos hierüber Vorstellungen zu machen, denn eher möchte man wohl ein Wunder wirken, als eine ganze Generation von den ihr lieb gewordenen Verkehrtheiten abbringen.

Der Arzt muss damit rechnen, dass die Erkrankungen der Verdauungsorgane enorm häufig sind, und darauf bedacht sein, diese zu beseitigen, soweit es in seinen Kräften steht. Drum ist wohl jede Mittheilung und Beobachtung auf diesem Gebiete gerechtfertigt. Diese anzustellen wird aber um so leichter sein, je eingehender der Arzt sich mit dem Patienten beschäftigt und je uneingeschränkter er dem Gange der Krankheit folgen und dieselbe überwachen kann.

Das Gebiet der Magenerkrankungen ist scheinbar kein grosses. Wer sich mit der Nomenklatur der einzelnen Formen, wie sie gang und gäbe sind, begnügt, und nach den hervorstechendsten Symptomen diese und jene Reihe von Erscheinungen beispielsweise unter die Rubrik Magenkatarrh oder Geschwür einreihet, für den liegt die Sache oft bequem; wer aber die Magenerkrankung betrachtet, wie sie jetzt gerade nach den Fortschritten auf diesem Gebiete beobachtet werden soll, der wird Manches finden, was nicht so bequem in den althergebrachten Rahmen hineinpasst, und für diesen ist die Behandlung der Magenkrankheiten ein weites, und man kann mit Recht sagen, auch ein dankbares Feld.

Wie häufig tritt nicht gerade ein pathognomisches Zeichen bei dem erkrankten Individuum ganz zurück, wie häufig sind nicht alle Symptome verwischt, oder es bietet sich nach den Erscheinungen an ein und demselben Patienten das Bild zweier Krankheitsformen nach

dem bestehenden terminus technicus! Existiren diese beiden Leiden wirklich gleichzeitig? Ist das eine etwa nur eine Folgeerscheinung des anderen, oder nur ein anderes, vorgeschrittenes Stadium ein und derselben Krankheit? Wie wichtig für die Therapie, die Leistungsfähigkeit des individuellen Magens zu kennen! Denn was nützen Diätvorschriften auf vage Vermuthungen hin, wo wir sichere Anhaltspunkte erzielen können! Ich erörtere dies Alles nur in der Absicht, zu zeigen, dass zur richtigen Beurtheilung einer Magenkrankheit nur die eingehendste Beobachtung aller subjectiven und objectiven Symptome, die aufmerksamste Untersuchung des gesammten Organismus, nicht nur des erkrankten Magens, die Anwendung aller Hilfsmittel der Neuzeit Sonde, Chemie und Mikroskop, die Erforschung der vorausgegangenen Schädlichkeiten zur richtigen Diagnose führen kann. Wenn ich hier die gastroskopische Untersuchung nur ganz flüchtig andeute, so geschieht dies nur deshalb, weil die hiezu vorhandenen Instrumente wegen der Schwierigkeit der Einführung bei leichteren Erkrankungen und aus Furcht eine Verletzung herbeizuführen, bei schweren Fällen, wie Geschwür und Krebs, vorerst in der Praxis weniger gebraucht werden können. Sind diese Unvollkommenheiten aber einmal gehoben, so werden wir in dem Gastroskop das sicherste diagnostische Hilfsmittel haben. Wer die Sache so auffasst, der wird finden, dass manche Magenerkrankungen nicht so häufig sind, als man gewöhnlich annimmt, andere aber sich nicht immer mit jenen Symptomen präsentiren, wie wir sie nach den Lehrbüchern erwarten.

Nicht also alle Erkrankungen wie sie im Magen

vorkommen können, will ich behandeln, denn diese sind von berufener Seite oftmals in erschöpfender Weise beschrieben worden, sondern nur die Eindrücke und Beobachtungen, wie sie sich bei den häufigsten Magenkrankungen bieten, will ich niederlegen, ohne natürlich Anspruch auf Bestimmtheit und Vollständigkeit in Allem zu machen. Dabei soll nur berücksichtigt werden, was zur Stellung der Diagnose und Therapie unumgänglich nothwendig erscheint.

Es sei mir hier die Eintheilung in zwei Klassen gestattet, nämlich in Krankheiten, die ihren Grund in anatomischen Veränderungen der einzelnen Gewebe haben, und in Krankheiten, bei denen das Magennervensystem entweder anatomisch verändert ist, oder bei denen doch kein Grund vorliegt, eine Erkrankung der Nerven auszuschliessen.

Ehe wir zur Besprechung der Magenleiden übergehen, sei es mir erlaubt, meine Stellung zur Dyspepsie klar zu legen.

Die in vielen Lehrbüchern unter dem Namen Dyspepsie oder schwere Verdauung behandelte Krankheit ist nicht als ein Leiden sui generis oder eine selbständige Krankheit aufzufassen, sondern nur als ein Complex von Symptomen zu betrachten, wie er mehr oder weniger bei allen Magenkrankheiten erscheint. Die Dyspepsie ist der Ausdruck einer Störung im Chymismus der Verdauung, die sich als eine Abweichung von der normalen Drüsensecretion oder eine Anomalie der Resorption documentiren kann (worüber beim chronischen Magenkatarrh). Die Abweichung von der normalen Drüsensecretion kann nur eine quantitative sein,

d. h. die Magendrüsen werden den einen oder anderen Componenten des Verdauungssaftes zu viel oder zu wenig abgeben, aber die anormalen Producte der schlechten Verdauung sind nicht anormale Sekrete, sondern Stoffe, die nur in Folge der mangelhaften Sekretion sich durch Gährungsprocesse entwickeln konnten. Die Dyspepsie ist also in diesem Falle Folgezustand einer Neurose, die quantitative Sekretionsanomalien bedingt. Demnach kann auch von diesem Gesichtspunkt aus von der Dyspepsie nicht als einer selbständigen Krankheit gesprochen werden.

Die Resorption kann behindert sein durch Veränderungen der Schleimhaut und Auflagerungen auf dieselbe, oder durch eine krankhaft gesteigerte Magenbewegung. Hiebei können die verschiedenartigsten Strukturerkrankungen des Magens, wie katarrhalische Zustände, Geschwüre, Carcinome, Narben und Neubildungen, wie Sarcome, Lipome etc. etc. die Ursache sein. Ich glaube, dass die Annahme einer Dyspepsie ohne krankhafte Veränderungen am Magen, wozu ja auch die Neurosen gehören, von der Hand zu weisen ist. Wohl aber sind wir berechtigt, von dyspeptischen Erscheinungen im Verlaufe der Magenerkrankungen zu sprechen. Auch jene Dyspepsie, die constitutionelle Leiden mit herabgemindertem Stoffumsatz zu begleiten pflegt, ist nicht als eine Krankheit für sich, sondern nur als ein Folgezustand zu betrachten, wie auch die Verdauungsbeschwerden bei Nephritis, Hämorrhoids und Herzkrankheiten nur eine Folge der erschwerten Sekretion und Resorption sind, da der arterielle Druck in der Magenschleimhaut gesunken, und venöse Stauung

vorhanden ist. Dyspeptische Erscheinungen finden wir ferner bei Uterusleiden, zur Zeit der Menses und der Schwangerschaft, sowie bei Hemicranie. Ist das Grundleiden beseitigt, so ist damit oft auch die Dyspepsie geschwunden, ein Beweis dafür, dass trotz des häufig nicht erklärlichen Zusammenhangs die dyspeptischen Beschwerden in einem Abhängigkeitsverhältniss zu manchen Krankheiten stehen.

Ehe ich dieses Thema verlasse, will ich noch kurz den Einfluss unseres Nervensystems, oder psychischer Momente, wie plötzlicher Schreck, Kummer, Freude etc., auf die Verdauungsorgane erwähnen, obwohl unser Wissen hierüber ein noch sehr geringes ist. Hier findet offenbar eine Einwirkung vom Gehirn aus auf den Magen statt, während umgekehrt bei einer gleich anzuführenden Krankheit eine Reflexwirkung von den erkrankten oder doch allzu sensiblen Nerven des Magens selbst ausgelöst wird.

Wohl zu unterscheiden von der symptomatischen Dyspepsie ist jedoch die von Leube als *Dyspepsia nervosa* beschriebene Krankheit. Diese ist kein Folgezustand oder ein begleitendes Symptom, sondern zeigt sich uns als eine Hyperästhesie der Magennerven selbst, und gehört also in das Gebiet der Neurosen des Magens.

Nach dem Gesagten glaube ich von einer Besprechung der bei Dyspepsie zu Tage tretenden Erscheinungen und ebenso den bei dyspeptischen Beschwerden gewonnenen Ausspülungsergebnissen an dieser Stelle absehen zu müssen, da dieselben ja bei den einzelnen Magenkrankheiten Erwähnung finden.

Die organischen Magenkrankheiten.

Der acute Katarrh.

Die pathologische Anatomie des acuten Katarrhs zeigt wohl nur in ausgesprochenen Fällen tiefergehende Veränderungen, während bei leichterer Gastritis nur geringfügige Erscheinungen getroffen werden, die überdies vorsichtig aufgefasst werden müssen, weil post mortem eine Art Selbstverdauung der Innenfläche des Magens vor sich geht. Bei hochgradigem Katarrh finden wir makroskopisch die Schleimhaut stark injicirt und geschwellt, zumeist in der Gegend des Pylorus, mit oder ohne Ekchymosen, die Oberfläche ist von zähem Schleim bedeckt, öfters mit Blutspuren vermischt. Mikroskopisch findet man an den Belegzellen zwar keine Veränderung, wohl aber lang anhaltende Trübung, während die Hauptzellen stärkere Körnung und Schrumpfung zeigen, und zum Theil auch vollständig verfettet erscheinen.

Wenn wir nun nach den Ursachen suchen, so finden wir direkte und indirekte. Zu ersteren zähle ich: Ein Uebermass von Reizung der Magenschleimhaut, be-

dingt durch unmässig genossene Speisen und Getränke, die in gehörigem Verhältniss genommen nicht schädlich wirken würden; dann den Genuss schwer-verdaulicher und nicht genügend zerkleinerter, zu scharfer oder allzusaurer, zu heiss oder zu kalt genossener Speisen, sowie die durch Arzneimittel hervorgerufenen Reize.

Eine weitere Veranlassung acuter Gastritis kann der Genuss gährender oder in Fäulniss übergehender Nahrungsmittel und Getränke sein, oder Uebergenuß von Alkohol.

Indirecte Ursachen, zum Theil schon Folgen der oben angeführten Schädlichkeiten, sind: Zu langes Verweilen der Speisen im Magen, das entweder aus dem Missverhältniss der chemischen Leistungsfähigkeit des Magens zu den übermässig eingeführten Nahrungsmitteln, oder aus der Ueberanstrengung der Magenmuskulatur beim mechanischen Fortschaffen der Ingesta resultiren kann. Kurz, hier ist das lange Verweilen die Folge der Ermüdung des Magens in chemischer und mechanischer Hinsicht. Ein weiterer Grund kann Schwäche oder Atonie der Magenmuskulatur sein, die wieder beispielsweise aus bestehenden Allgemeinleiden, Dyskrasieen und Cachexieen entstanden, oder aber auch angeboren sein kann. Eine verminderte Säureabsonderung der Magendrüsen kann Veranlassung zur acuten Gastritis geben, wie sie bei Fiebernden, Anämischen und schlecht genährten, herabgekommenen Individuen getroffen wird, daher deren Prädisposition zu Katarrhen. Unregelmässigkeiten in der Blutcirculation, wie sie durch Lungen- und Herzleiden bedingt sind, können Ursache von Katarrh sein; auch bei Morbus Brightii wird häufig Gastritis gefun-

den; bei diesen Erkrankungen wird der Katarrh bald ein chronischer, da die Ursache eine dauernde ist. Dyspeptische Erscheinungen sind oft die ersten Anzeichen von Phthise, weshalb eine genaue Untersuchung der Respirationsorgane gleichzeitig stattfinden soll.

Die Zeichen, die sich uns bieten, sind subjective und objective, wozu vor Allem die Ausspülungsergebnisse, die chemisch und mikroskopisch verwertbar sind, gerechnet werden müssen.

Gehen wir nun zur Betrachtung der subjectiven Symptome über, so finden wir als Hauptzeichen die Störung des Appetits, die sich entweder als Appetitlosigkeit und Ekel vor dem Essen (und dies ist das Gewöhnliche beim Beginn des Katarrhs), oder als eine perverse Geschmacksrichtung, als eine Gelüstigkeit nach sauren und scharfen Speisen, wie Häring, Gurken etc. zeigt, ein Zustand, der jedoch meist erst später eintritt. Dabei besteht meist Brechneigung, die sich auch bis zum wirklichen Erbrechen steigert, hervorgerufen durch chemische oder mechanische Reizung der centripetal leitenden Schleimhautnerven des Gaumens, Rachens und Magens. Bei acuter Gastritis pflegen ferner schlechter, pappiger, mitunter galliger Geschmack, namentlich auf dem hinteren Theil der Zunge, Kopfschmerz, besonders in der Stirngegend, selten zu fehlen. Der Kranke hat häufig abwechselnd Hitze- und Kältegefühl; oft erscheinen seine Wangen geröthet, dabei besteht in vielen Fällen saures Aufstossen und Sodbrennen. Der Gemüthszustand ist deprimirt, der Patient erscheint oft mürrisch; der Schlaf ist unruhig.

Objective Zeichen sind: Belegte Zunge, besonders

auf ihrem hinteren Theil. Wenn auch sonst bei Betrachtung der Magenkrankheiten auf dies Symptom weniger Gewicht gelegt werden soll, da es häufig sogar bei tiefgehenden Erkrankungen fehlt, so wird man es doch bei acuter Gastritis selten missen. Bei Betrachtung der Mund- und Rachenhöhle finden wir dann auch gewöhnlich foetor ex ore, der häufig sauer riecht, sowie vermehrte Speichelsekretion, die hinabgeschluckt durch Alkalisierung des Magensaftes die Verdauung noch mehr verzögern und die Fortschaffung der Ingesta sehr behindern kann, so dass oft 48 Stunden post coenam die genossenen Speisen im Magen noch nachweisbar sind.

Ein selteneres Symptom sind Herpesbläschen an den Lippen. Die Magengegend ist bei der Palpation empfindlich und erscheint aufgetrieben, dabei ist reiche Gasentwicklung vorhanden. In vielen Fällen bleibt der Katarrh nicht auf den Magen beschränkt und theilt sich den zunächstliegenden Darmabschnitten mit, so dass Obstipation oder Diarrhöe mit kolikartigen Schmerzen und Abgang von übelriechenden Blähungen, ja durch katarrhalische Verschwellung des Gallenausführungsganges in's Duodenum rasch auftretender Icterus Begleiterscheinungen sein können.

Die Diarrhöe ist im Sommer häufiger als im Winter mit Gastritis complicirt. Dabei ist die Temperatur erhöht, der Puls beschleunigt. Ich sah in 2 Fällen die Temperatur $40,5^{\circ}$ übersteigen.

Der Urin ist spärlich, dunkel, sedimentreich und reagirt rasch alkalisch.

Das Erbrochene oder mit der Schlundsonde Entleerte zeigt je nach der Zeit des Eintritts der Krank-

heit verschiedenes Aussehen. Die erbrochenen Speisen sind wenig oder gar nicht verändert, auch nicht breiartig zerkleinert, sondern stellen oft noch ganze Bissen dar, daneben findet sich reichlich Schleim, mitunter auch Galle und Blutstreifchen, die aber nicht Anlass zu übler Deutung gewähren. Sind die Speisen durch den Brechakt aus dem Magen vollständig entleert, so finden wir in dem weiter Erbrochenen reichliche Mengen verschluckten Speichels, zähen, lange Faden ziehenden Schleim und bei gesteigerter Intensität des Brechaktes vermehrte Galle, die dem ganzen eine grün-gelbliche Färbung verleihen kann.

Abweichend hievon gestalten sich die Symptome bei kleinen Kindern und Säuglingen. Hier besteht der Appetit meist unverändert fort; die Brust oder Flasche wird gerne genommen, und reichlich getrunken, wohl instinktiv, um die erhöhte Temperatur herabzusetzen. Dabei häufiges Erbrechen, Kolik im Unterleib, so dass die Kleinen die Beinchen gegen den Leib anziehen. Die Entleerungen sind frequent, grünlich und käsig und höchst übelriechend; der Schlaf ist unruhig, und das Kind magert rasch ab. Gelingt es nicht durch geeignete Behandlung, der Krankheit bald Herr zu werden, und setzt sie sich energisch auf dem Darm fort, so ist die Prognose im Gegensatz zum Erwachsenen infaust, denn während hier fast ausnahmslos die acute Gastritis in Genesung übergeht, stirbt ein grosser Procentsatz von Kindern im ersten Lebensjahr an Magen-Darmerkrankungen. Unaufgeklärt ist das öftere Zusammentreffen von acuter Gastritis mit Influenza und Erysipel; letztere Complication sah ich 2mal dahier.

An dieser Stelle sei auch die als *febris gastrica* beschriebene Krankheitsform erwähnt, die wohl nur als eine protrahirte Gastritis aufzufassen ist, bei der die durch die grössere Intensität und Dauer des Fiebers bedingten nervösen Erscheinungen mehr in den Vordergrund treten, oder die mit leichteren nicht so prägnant auftretenden Fällen von Abdominal-Typhus identificirt wurde.

Aus dem Gesagten geht hervor, dass die Stellung der Diagnose im Allgemeinen keine Schwierigkeiten bieten wird, wenn es gelingt, den Nachweis der genannten Schädlichkeiten zu erbringen, und wir die einzelnen Symptome genügend würdigen. Verwechslungen mit leichten Typhoiden sind nicht unmöglich, indem bei diesen Typhusformen die Fieberkurve eine von der bei ausgeprägtem Typhus abweichende ist, und dem Fieber des Gastritiskranken sehr ähnlich sein kann. Hier wird die Diagnose vereinfacht werden, wenn wir für den Magenkatarrh ein greifbares ätiologisches Moment geltend machen können, während Typhus eine Infection oder das Vorhandensein anderer Fälle voraussetzt. Meist wird auch eine Milzanschwellung nachweisbar sein, wie uns auch die oft frühzeitig auftretende Roseola und Bronchitis geeignete Winke zu geben im Stande sind, ganz abgesehen von dem raschen Verlauf der Gastritis acuta.

Auch eine Verwechslung mit den Initialstadien der Malaria ist nicht ausgeschlossen, doch kommt hier das Auftreten von Malaria in der betreffenden Gegend überhaupt, und auch die schon um diese Periode oft nachweisbar empfindliche und vergrösserte Milz in Betracht.

Bei Infektionskrankheiten mit gastrischen Erscheinungen erleichtert das meist rasch auftretende Exanthem die Diagnose. Der acute Magencatarrh kann in seinen Erscheinungen auch Aehnlichkeit mit Hydrocephalus acutus bei älteren Kindern haben. Scrophulose, schlechte Ernährungsverhältnisse, ererbte Tuberkulose, heftiger Kopfschmerz, nächtliche Unruhe sowie muldenförmig eingezogener Leib des katarrhalisch Erkrankten geben hier die nöthigen Anhaltspunkte, eventuell auch der weitere Verlauf der Krankheit.

Der chronische Magenkatarrh.

Während sich beim acuten Magenkatarrh in leichteren Fällen keine, in schwereren Fällen nur wenig ausgeprägte pathologisch-anatomische Anhaltspunkte bieten, sehen wir bei der chronischen Gastritis, wo die Erkrankung lange Zeit hat, sich zu etabliren, und ihre Zeichen zu hinterlassen, die pathologisch-anatomischen Veränderungen deutlich ausgeprägt und in allen Stadien verlaufend. Bei der häufigen Gelegenheit, diese Prozesse zu sehen, da der chronische Katarrh so oft als Begleiterscheinung eines tödtlich verlaufenen Herz- oder Lungenleidens beobachtet wird, ist die pathologische Anatomie auf's Eingehendste berücksichtigt und beschrieben. Drum sei hier nur flüchtig erwähnt, dass die Prädilectionsstelle des chronischen Katarrhs die regio pylorica ist, doch kann sich auch die Entzündung weiter ausdehnen auf den fundus und selten auf die cardia. Entsprechend dem langen Bestehen und der

Intensität der Gastritis chronica finden wir Veränderung der Schleimhaut, die bald roth, bald bläulich roth erscheint und mit Pigmentkörnchen-Ablagerung in den feinen Zellen der Oberfläche und in den Drüsenzellen einhergeht; Verdünnung, häufiger Verdickung der Schleimhaut und der Muscularis. Ein zäher gelblicher oder grau aussehender Schleim bedeckt die innere Magenfläche; das Bindegewebe wuchert zapfenartig zwischen den einzelnen Drüsengruppen, wodurch die Schleimhautoberfläche wulstig und uneben wird, *État mamelone*; endlich sieht man Strukturveränderungen in der tiefer gelegenen Submucosa, die durch entzündliche Wucherung enorm verdickt sein kann (bis zum 20fachen des Normalen.) Bei *circumscrip*ter Wucherung ragt die darüber befindliche, atrophische Schleimhaut polypenförmig über das Niveau der Magenfläche hervor, und wird als *Polyposis ventriculi* bezeichnet.

Ergreift die Entzündung auch die Muskularis, so ist dadurch meist eine Verengerung des Magens, speciell des Pylorus bedingt. Auch die Serosa kann betheiligt sein, und erscheint dann verdickt und rauh, doch ist dies selten.

Die Entstehungsweise des chronischen Magenkatarrhs anlangend, liegt es auf der Hand, dass die bei der acuten Gastritis angeführten directen Reize, wenn sie längere Zeit auf den Magen einwirken, die Veranlassung zu einer chronischen Erkrankung desselben werden, die Entstehung dieses Leidens also begünstigen können.

Beispielsweise können schlechte Zähne die Speisen nur ungenügend zerkleinern, und kann das Verschlucken

von Mikroorganismen, die in hohlen Zähnen getroffen werden, Gährungsprocesse begünstigen, weshalb ich hier auf die Seite 21 angeführten Schädlichkeiten verweise.

Ebenso kann sich aus dem acuten ein chronischer Magenkatarrh entwickeln, wenn ersterer nicht geheilt wird, d. h. ein neuer, schädlicher Reiz den noch vom ersten Angriff her nicht wieder erstarkten Magen trifft.

Hierher gehört auch der fortgesetzte Gebrauch von Arzneien und starken Alcoholicis, namentlich Branntwein.

Ferner können Neubildungen, Geschwülste und Geschwüre die Ursache von Entzündung und durch ihr längeres, oder dauerndes Verbleiben chronischer Entzündung werden.

Gelegentlich der Betrachtung der acuten Gastritis wurde schon erwähnt, dass Zustände dauernder Hyperämie, Stauungen im Gebiete der vena portae, sowie Erkrankungen dieser selbst, dann Erkrankungen des Herzens und der Lungen durch Stauungen in der Vena cava Magenkatarrh zur Folge haben können, der bei dem Fortbestehen des ursächlichen Momentes bald die chronische Form annehmen muss.

Es wäre von diesem Gesichtspunkte aus vielleicht richtiger gewesen, diese Ursachen nur hier zu betonen, doch wird ja der Process mit seinen anatomisch-pathologischen Folgezuständen auch nicht sogleich chronisch.

Alle Krankheiten, mit Veränderungen am Gefässsystem einhergehend, bei denen die normale Integrität der Gefässe beeinträchtigt ist, wie Krebscachexie, Tuberkulose, und wahrscheinlich auch Syphilis, können die Ursache chronischer Magenentzündung sein.

Es ist einleuchtend, dass die Symptome des chronischen Magenkatarrhs mit denen der acuten Gastritis die grösste Aehnlichkeit haben; nur sind jetzt die einzelnen Erscheinungen entsprechend dem langdauernden Verlaufe nicht mehr so stürmisch und heftig, sondern mehr gemildert und abgeschwächt, aber dauernd. Auch hier treten die dyspeptischen Erscheinungen naturgemäss in den Vordergrund, weil ja die Hauptbedingung einer leichten Verdauung die normale und genügende Absonderung der Magendrösen ist, ein Umstand, der beim chronischen Katarrh wegfällt.

Die subjectiven Symptome sind: Störungen des normalen Appetits, die bald als Verminderung, bald als Verkehrung der Esslust sich zeigen. Fast immer findet man bei chronischer Gastritis den Appetit vermindert und eine Gelüstigkeit nach pikanten und sauren Speisen. Letzteres Zeichen ist besonders bei Potatoren häufig. Das Gefühl des Ekels sah ich weniger.

Die Perversität des Geschmacks erklärt sich aus dem meist bestehenden Mund- und Rachenkatarrh, der besonders wieder Trinkern und Rauchern zukommt.

Ein Hauptsymptom ist ferner saures Aufstossen, Rülpsen, das oft von Seufzen begleitet wird. Fast nie fehlt der Vomitus matutinus, der namentlich regelmässig dann eintritt, wenn der Kranke des Abends zuvor sich einen abusum erlaubt, oder eine für ihn zu schwere Speise genossen hat, doch ist er sicher nicht nur ein Attribut der Säufer, sondern wird auch bei Damen getroffen. Meist stellt er sich beim Reinigen der Mundhöhle oder der Zähne ein und fördert bei grosser Intensität selbst reine Galle zu Tage. (Hierüber später.)

Neben dem baldigen Abbrechen mitten im Essen bei Kranken, die sich vorher auf die betreffende Speise sogar gefreut hatten, fand ich zuweilen auch zeitweis auftretende, sehr gesteigerte Esslust, ja förmlichen Heisshunger.

Der Kranke klagt über Gefühl von Druck und Völle in der Magengegend, das sich bis zum Schmerz steigern kann, was Frauen oft hindert, eng anliegende Kleider post coenam zu tragen. Diese Erscheinungen steigern sich nach Genuss von schwer verdaulichen Speisen, obgleich letztere mitunter wider Erwarten gut vertragen werden. Hier spielt wohl auch meist eine grössere Ausdehnung des Magens mit, wenn sie sich auch noch nicht immer zu einer wirklichen Ektasie gesteigert hat. Diese Beschwerden halten oft mehrere Stunden an.

Der Stuhl ist meist retardirt, selten sieht man dünne Entleerungen, besonders gleich nach dem Aufstehen; daneben findet man häufig Flatulenz. Auch Icterus kommt vor.

Die Patienten klagen über Eingenommenheit des Kopfes, Kopfschmerz, Mattigkeit und Abgeschlagenheit in den Gliedern, unruhigen, oft unterbrochenen Schlaf.

Der Gemüthszustand ist gedrückt und bei langem Leiden meist über die Massen herabgestimmt; der Kranke ist leicht reizbar und gibt dies selbst als erst seit der Existenz seines Leidens bestehend an; er wird leicht Hypochonder.

Die objectiven Symptome sind:

Bei Besichtigung der Mund- und Rachenhöhle finden wir häufig katarrhalische Erscheinungen, ver-

mehrte Speichelabsonderung und belegte Zunge; auch foetor ex ore, bald übel riechend, bald säuerlich, ist meist wahrnehmbar.

Die Magengegend ist empfindlich bei der Palpation, besonders in der Magengrube, und etwas vorgewölbt. Vielfach zeigt sich uns der Magen vergrößert, sowohl bei der äusseren Untersuchung, als auch bei der Sondirung. Lange Zeit nach der Mahlzeit lässt sich noch durch die Perkussion der Magen gefüllt nachweisen; sind viele Gase darin, so bietet sich uns eine luftkissenartige Resistenz beim Betasten dar.

Der Urin ist reich an Phosphaten. Die Haut ist häufig trocken und rauh, nicht selten existiren gleichzeitig Hautausschläge. Die Gesichtsfarbe ist blass oder fahl, bei Potatoren oft in's Graugelbe spielend.

Besteht der Magenkatarrh lang, so ist Körpergewichtsabnahme constant, und die Patienten sehen reducirt aus, während man bei Gastritis chronica der Trinker häufig ein aufgeschwemmtes Wesen beobachtet. Manche Magenkatarrhkranken haben ein gutes, ja blühendes Aussehen.

Das weitaus wichtigste Symptom ist das Erbrechen, oft früher, oft später nach dem Essen auftretend. Das Erbrechen oder die durch Ausspülung gewonnene Masse, sowie das durch den Vomitus matutinus zu Tage Geförderte geben uns die sicherste Anzeige für eine bestehende Dyspepsie und durch die Möglichkeit ihrer chemischen Untersuchung zugleich eine Vorstellung über die chemischen Abweichungen und Umsetzungen intra vitam gegenüber den durch sie hervorgerufenen anatomisch-pathologischen Symptomen post mortem.

In dem erbrochenen oder ausgespülten Mageninhalt findet man zu wenig oder gar nicht zu Brei zer-
kleinerte Bissen (der mangelhaft abgesonderte Magen-
saft vermag nicht das die Fleischbündel zusammen-
haltende Bindegewebe zu lösen), die reichlich mit zähem,
fadenziehenden Schleim, und bei intensivem Brechen
auch mit Galle untermischt sind. Neben Pilzen, wie
Sarcina ventriculi und Hefenpilzen beobachtet man ver-
schiedene, abnorme Säuren aus der Gruppe der fetten
Säuren, so Butter- und Essigsäure als Hauptproducte
und Ameisen- und Capronsäure als Nebenproducte, so-
wie noch andere, deren Nachweis oft mit grossen
Schwierigkeiten verbunden ist. Zur Diagnose der chron.
Gastritis sollte stets die Sonde angewandt werden.

So weicht also das Erbrochene vom normalen
Chymus ab. Wie erklären wir uns nun diesen Vor-
gang und wodurch wird er möglich? Nachstehendem habe
ich die Ausführungen Leube's und Frerichs' zu Grunde
gelegt.

Wir wissen, dass der normale Magensaft gährungs-
und fäulnisshemmend ist. Gährungs- und Fäulnis-
processe können also nur stattfinden, wenn der Magen-
saft diese Eigenschaften verloren hat, mit anderen Worten,
wenn er nicht mehr normal zusammengesetzt ist.

Zur normalen Verdauung gehört vor Allem ein
richtiges Verhältniss zwischen Salzsäure und Pepsin,
und zwar wissen wir, dass Mangel an Salzsäure leicht
im Stande ist, die Verdauung ganz aufzuheben, Mangel
an Pepsin sie nur verlangsamen kann, dass also von
diesen beiden Constituantien des Magensaftes die Salz-
säure das wichtigere ist. Es ist nach den pathologischen

Befunden im chronisch-katarrhalisch erkrankten Magen einleuchtend, dass die Absonderung beider Magensaft-componenten durch die gesetzten Veränderungen beeinträchtigt sein kann und ist, ebenso werden wir zugeben, dass die Drüsen eines durch lange Erkrankung seiner Wände herabgekommenen Magens nicht mehr genügend auf die Reize der Ingesta werden absondern können. Es kann also ein Mangel an Salzsäure bedingt sein, und können sich mithin Gährungsprocesse durch verschluckte Fermente entwickeln, deren Wirkung sich nun entfalten kann, da der fäulniss- und gährungshemmende Magensaft ihnen nicht mehr entgegentritt. Kommen Zucker, respective Kohlehydrate mit in Fäulniss begriffenen Eiweisskörpern in Berührung, so können Fäulnissprocesse auftreten. Diese Gährungs- und Fäulnissprocesse ermöglichen die Entstehung der im Erbrochenen gefundenen, abnormen fetten Säuren etc.

Trotzdem dann aber der Magensaft reich an Säuren ist, ist er arm an der einzig richtigen Salzsäure, die 10mal energischer mit Pepsin verdaut, als die unter der abnormen Umsetzung der Kohlehydrate entstandene Essigsäure.

Die auch im normalen Magen gefundene Milchsäure entsteht wahrscheinlich durch einen Gährungsprocess der in der Nahrung vorhandenen Stärke, veranlasst durch ein von Aussen in den Magen gelangtes Ferment, und ist deshalb als normal zu betrachten. Bei dem langen Verweilen der Speisen im katarrhalischen Magen kann dies Ferment länger wirken, und die sonst normale Gährung grössere Ausdehnung gewinnen, deren Product vermehrte Milchsäure wäre,

woraus durch weitere Gährung Buttersäure entstehen kann.

Nach Itzigsohn stammt die Sarcine von mit dem Trinkwasser verschluckten Oscillarien ab, die an unseren Brunnen als grüner sammtartiger Rasen gefunden werden.

Die beim Vomitus matutinus zu Tage geförderte Masse reagirt gewöhnlich alkalisch, und besteht grossentheils aus verschlucktem Speichel.

Die Diagnose des chronischen Magenkatarrhs ist wohl die häufigste und landläufigste von allen Magenkrankheiten. Leidet Jemand längere Zeit an dyspeptischen Erscheinungen, so stellt er sich wohl selbst die Diagnose der chronischen Gastritis, denn das Wort „chronischer Magenkatarrh“ hat sich so recht in allen Kreisen eingebürgert.

Bei Betrachtung der Symptomatologie haben wir gesehen, dass die meisten Zeichen nur Beweise für das Vorhandensein von Dyspepsie, diese selbst aber Begleiterin und Folgezustand auch anderer Magenleiden sein kann. Eine sichere Diagnose nun aus den dyspeptischen Beschwerden des Patienten stellen zu wollen, wäre gewiss verfehlt. Aber auch, wenn wir die ätiologischen Momente in's Auge fassen, kommen wir kaum weiter, denn was als mögliche Ursache für Katarrh angeführt wird, wird auch als Grund für andere Erkrankungen des Magens herbei gezogen, so dass wir also nach diesen Gesichtspunkten hin nur dann sicher für chronischen Magenkatarrh plaidiren können, wenn wir andere Magenleiden, die nach ähnlichen Fehlern und mit ganz ähnlichen dyspeptischen Erscheinungen auftreten können, in specie Ulcus, Carcinom und Ektasie bestimmt aus-

schliessen dürfen. Die Diagnose ist also keineswegs leicht, und wenn sie so oft gestellt wird, so geschieht dies etwas voreilig. Oft kommen Kranke mit der bestimmten Diagnose „chron. Magenkatarrh“, und schon die erste Probeausspülung belehrt uns eines anderen!

Das verwerthbarste Zeichen für die Diagnose, solange die Magenbespiegelung mit so viel Uuzukömmlichkeiten verknüpft ist, wie vorerst, wird nach meiner Ansicht der Nachweis von nicht genügend vorhandener Salzsäure sein. Ist uns dieser Nachweis geglückt, und können wir Ulcus und Carcinom bestimmt ausschliessen (worüber später), so ist die Diagnose gesichert. Der Nachweis wird am einfachsten nach der von Leube angewandten Methode gemacht, indem der aus dem leeren Magen durch thermischen Reiz gewonnene Magensaft mit Lakmustinktur oder Tropäolinlösung auf seinen Salzsäuregehalt geprüft wird. (Siehe Leube's Beiträge zur Diagnostik der Magenkrankheiten, Deutsches Archiv für klinische Medicin, 33. Band, I. Heft).

Obwohl später noch davon eingehender gehandelt wird, so sei hier doch kurz erwähnt, dass im Erbrochenen des Ulcus- und Krebskranken blutige, beim Magenkatarrh vorzugsweise reichlich schleimische Beimischungen getroffen werden, obwohl letzteres auch nicht als pathognomisches Zeichen aufzufassen ist, da auch im gesunden nüchternen Magen oft reichlich Schleim gefunden wird. Die Differentialdiagnose der reinen Cardialgie und der nervösen Dyspepsie vom chronischen Katarrh bietet bei Anwendung der Sonde keine Schwierigkeit.

Immer wird bei der Diagnose: „chronischer Magenkatarrh“ die Möglichkeit einer Complication desselben mit

gleichzeitigem Ulcus, Carcinom, Geschwülsten in den Magenwandungen etc. zu erwägen sein.

Vor Verwechslung mit Morbus Brightii, der sich oft anfangs nur unter dyspeptischen Erscheinungen präsentiert, kann uns die eingehende Harnuntersuchung schützen, die bei Magenkranken überhaupt stets stattfinden sollte.

Da der chronische Magenkatarrh oft als Folgezustand von Herz- und Lungenaffectionen, von Cachexieen und allgemeinen Ernährungsstörungen getroffen wird, so ist eine Totaluntersuchung des Kranken, um nicht einseitig zu sein, unerlässlich, da die Indicatio therapeutica nur von diesen Gesichtspunkten aus gestellt werden darf.

Das Magengeschwür.

Das Ulcus ventriculi simplex zeigt sich uns meist als einen runden, in die Tiefe terrassenförmig abfallenden Defect der die Magenwandung zusammensetzenden Schichten, so dass also das ulcus perforans ein kugelförmiges Loch darstellt, dessen Basis ein kreisrunder Defect der Schleimhaut bildet und dessen Spitze in der Muscularis oder Serosa liegt.

Es ist eine specifische Geschwürsart mit molecularem Zerfall im Magen, unteren Theil der Speiseröhre und im Zwölffingerdarm. Die Form des Geschwüres ist meist rund, grössere Geschwüre sind eliptisch, selten gürtelförmig, so namentlich am Pylorus.

Der Geschwürsrand ist scharfgeschnitten, „als wäre, wie Rokitansky sagt, ein Stück der Magenwand mittelst eines Locheisens herausgeschlagen.“

Bei frischen Geschwüren fehlt die entzündliche Infiltration in der Umgebung des Geschwüres, bei lange bestehenden hingegen nicht. Oft ist die weitere Umgebung des Ulcus normal, oft geht es mit acuter oder chronischer Magenentzündung einher. Man findet sehr kleine Geschwüre und solche von sehr grosser Ausdehnung, meist zwischen der Grösse des alten Kreuzers und Groschen schwankend.

Die Prädilectionsstelle desselben ist die Gegend der kleinen Curvatur und dann des Pylorus; Geschwüre der Cardia, des unteren Ösophagusabschnittes und der vorderen Magenwand, sowie der Curvatura major und des Fundus sind ungleich seltener.

Gewöhnlich ist das Ulcus einzelstehend, doch werden auch 2 und 3 Geschwüre getroffen, ja es kommen 5 nebeneinander vor. Daneben werden oft vernarbende und schon vollständig vernarbte Geschwüre gesehen. Die Narben sind weiss, und haben, je nachdem der Process in die Tiefe vordrang, strahliges oder strangförmiges Aussehen.

Je nach dem Stadium des Geschwürs findet man dasselbe mehr oder weniger in die Tiefe, d. h. nach Aussen vorgeschritten. Sind sämtliche Magenwände durchfressen, so tritt Perforation ein. Glücklicher Weise findet aber vorher oft (in circa 40 Procent der Geschwüre überhaupt) durch vorausgehende Reizung und dann folgende Entzündung der Nachbarorgane Verwachsung und Verlöthung statt, wodurch das letale

Ende, als Folge einer allgemeinen Peritonitis, beseitigt, oder doch in die Länge gezogen wird.

So kann zunächst Verklebung mit dem den Magen überkleidenden Peritoneum, und dann in Folge localer Peritonitis Verlöthung mit den der Geschwürsstelle gegenüberliegenden Nachbarorganen eintreten; so mit dem Pankreas, der Milz, dem linken Leberlappen.

Diese Verwachsungen werden begünstigt, wenn das Geschwür seinen Sitz in einem Magenbezirk hat, der weniger beträchtliche Bewegungen macht, wie die hintere Magenwand und die regio pylorica. Geschwüre an der vorderen Magenwand, mit grösserer Ausdehnung der Bewegung, verwachsen seltener und ungenügend mit den Bauchdecken.

Der geschwürige Process kann jedoch auch in den Nachbarorganen weiter schreiten und entzündliche Zustände daselbst hervorrufen. Bei noch weiterem Fortschreiten können sich Höhlen in den betreffenden Organen, die mit dem Cavum des Magens communiciren, Recessus, oder Fistelgänge nach Aussen, bilden und kann schliesslich wieder Perforation und Zerstörung der der Geschwürsstelle adhärennten Organe mit tödtlichem Ausgang stattfinden.

So wurden Perforationen des Zwerchfells in die Lungen und abnorme Communicationen zwischen Duodenum und Colon transversum gesehen.

Wenn wir nun nach der Ursache und Entstehungsweise des Ulcus perforans fragen, so ist die Antwort darauf noch keine vollständige, denn wenn wir auch für einzelne Fälle ganz plausible Gründe haben, und uns sogar der Möglichkeit derselben auf experi-

mentellem Wege rühmen können: so passen diese Erklärungen doch nicht für jeden Fall.

Es ist natürlich, dass man zuerst an die Einwirkung der Magensäure auf die Magenwand dachte, und gewiss ist ein solcher schädlicher Einfluss das begünstigende Element bei Entstehung des chronischen Geschwürs.

Wir wissen aber, dass bei normaler Verdauung eine Anätzung der Magenwand durch die Magensäure nicht statt hat, weil durch die fortwährende Circulation des Blutes in der Magenwandung diese vor der Selbstverdauung im Leben geschützt ist.

Ist aber die Alkalescenz der Magenwand einmal gestört, oder beträchtlich vermindert, was, wie wir gleich sehen werden, unter Umständen möglich ist, so kann an der betreffenden Stelle zweifelsohne die Magensäure ihre Wirkung entfalten, und die Ursache eines Geschwürs werden.

Bei dem reichlichen Gefässnetz, das die Magenwände umspannt und durchsetzt, ist aber *intra vitam* ein absolutes Nichtcirculiren im ganzen Magengebiete unmöglich, es kann also auch die Alkalescenz der Magenwand *in toto* nicht aufgehoben sein, wohl aber in einem bestimmten Bezirk unter bestimmten Verhältnissen, die wir theilweise kennen.

An einer solchen Stelle aber, wo durch den aufgehobenen Stoffaustausch Lebloigkeit eingetreten ist, kann die Magensäure die Wandung anätzen und verdauen.

Wo aber diese Möglichkeit nicht gegeben ist, ist die normale Magensäure nicht im Stande, eine Anätzung hervorzurufen, und ich meine auch eine abnorme

Magensäure nicht, sonst müsste beim Magenkatarrh, wo diese abnormen, früher erwähnten Säuren reichlich vorkommen, stets Geschwürsbildung, respective Anätzung statt finden.

Es ist mir das aber auch noch deshalb unwahrscheinlich, weil wir ja dann entsprechend der Absonderung des Magensaftes an grossen Flächen der Wandung nach stattgehabten mechanischen oder chemischen Reizen, wie sie bei der Verdauung in Frage kommen, weitausgedehnte, grosse Geschwürsflächen im Gegensatz zu der ganz charakteristischen Form des Ulcus perforans finden müssten. Pavy's Experiment, die „Selbstverdauung bei freigelassenem Blutstrom durch vermehrte Säure einzuleiten“, scheint im Leben nur in beschränktem Masse vorzukommen; der Begriff Pavy's: „Bringt man in den Magen etwas Säure“, ist überdies recht dehnbar, ebenso das „Vermehren dieser Säure“ und die Concentration, denn darum handelt es sich doch, ob so concentrirte Säuren im kranken Magen überhaupt vorkommen. Die Thatsache, dass nach dem Verschlucken zu heisser oder kochender Speisen, wie es bei Köchinnen beobachtet wird, Geschwüre beobachtet sind, fasse ich als eine Verbrennung und dadurch bedingte Nekrotisirung der bestimmten Stelle auf, wo dann die Magensäure allerdings ihre corrodirende Wirkung entfalten kann.

Das häufige Auftreten von Geschwüren bei Schnaps-trinkern glaube ich eher in den bei diesen oft beobachteten Gefässerkrankungen mit ihren Folgen, die die vorher angeführte Beeinträchtigung der Alkalescenz bedingen können, suchen zu müssen, als in dem abnorm hohen Säuregrad im Säufermagen; denn selbst der Ge-

nuss eines kleinen Gläschens Schnaps, das beim Säufer kaum eine Rolle spielt, bedingt die Uebergiessung und mithin Reizung einer grösseren Fläche, die dann dem abnorm sauren Magensaft ausgesetzt, zum Geschwür werden müsste, während wir doch das Ulcus als von charakteristischer Form kennen.

Demnach glaube ich die aufgehobene oder beträchtlich verminderte Alkalescenzen der Magenwand als das essentielle Moment, die Wirkung der Magensäure nur als occasionell betrachten zu müssen.

Die begünstigenden Ursachen der gestörten Circulation und dadurch distriktsweisen Aufhebung der Alkalescenzen können aber sein:

Alle Arten von Gefässerkrankungen, die mit Starrheit, Zerreibbarkeit, Brüchigkeit und Rauheit des Gefässlumens einhergehen, also atheromatöse Processe und fettige Entartungen.

Und in der That finden wir praktisch diese Annahme bestätigt, indem das Magengeschwür häufig bei Leuten vorkommt, bei denen als Folgezustand ihres Grundleidens Gefässerkrankungen vorhanden zu sein pflegen, so bei Potatoren.

Nicht ohne Bedeutung scheinen mir auch Rheumatismus und Syphilis mit ihren Gefässveränderungen; ferner disponiren Obliterationen der Arterien, Atherom der grossen Gefässe, Zustände, die dauernde Hyperämie und dadurch hämorrhagische Errosionen bedingen, Stauungen im Gebiete der Vena portae zur Entstehung eines Geschwürs.

Occasionelle Momente sind Herz- und Lungenkrankungen wegen der Möglichkeit der Thrombose

und Embolie und der Stase, die hyperämische Zustände, und somit Errosionen der Magenschleimhaut zur Folge haben können. In Wirklichkeit finden wir auch Magengeschwüre bei Phthisikern und Herzkranken nicht selten.

Aber auch Anämie und Chlorose, wohl wegen mangelhafter Ernährung der Gefässwände, und Menstruationsanomalien disponiren zu Ulcus. Ebenso Cachexieen verschiedener Art, die mit Blutmangel oder behinderter Säftecirculation einhergehen.

Weitere begünstigende Umstände sind, wohl in Folge des grossen Säfteverlustes, zu lange Lactation und schweres Wochenbett.

Neubildungen in der Magenwand können die Circulation stören und stellenweise wohl auch ganz hemmen.

Krampfhaftes, lang andauernde Contraktionen des Magens, wie sie bei Cardialgieen und starkem Erbrechen vorkommen, mögen die Entstehung des Magengeschwürs vielleicht begünstigen, obwohl hier immer ein sehr langer Krampf supponirt werden muss, und auch gar kein Grund für eine Localisation vorliegt. Ulcus kann sich auch auf dem Boden des hämorrhagischen Infarkts und aus Errosionen entwickeln, und scheint Letzteres dadurch noch erleichtert, dass das Cylinder-epithel des Digestionstraktus sich leichter an Stellen in seiner Continuität trennt und loslöst, wo, wie bei hyperämischen Zuständen, eine grössere Flüssigkeitsmenge ausgeschieden wird. Die einmal ihrer epithelialen Bekleidung beraubte Schleimhaut ist dann gegen alle Schädlichkeiten weniger widerstandsfähig; sie reagirt leicht mit Entzündung, auf deren Boden sich Abscesse und Geschwüre bilden können.

Von einem eigentlichen katarrhalischen Geschwüre kann, wie Virchow gezeigt hat, keine Rede sein, denn das hiesse die wirkliche mit der gelegentlichen Ursache verwechseln.

Der Kreis der begünstigenden Momente für Störungen aller Art in der Circulation des Blutes in der Magenwand und dadurch ermöglichte Nicht-Alkalescenzen ist nach den eben erörterten Gesichtspunkten gewiss kein kleiner, und wird uns dies praktisch oft genug im Leben bestätigt, wenn freilich auch häufig ein Ulcus ohne die angeführten Momente getroffen wird, oder kein Thrombus oder Embolus nachweisbar ist. Wir müssen aber dabei stets im Auge behalten, dass sehr oft beispielsweise der Nachweis einer Gefässerkrankung *intra vitam* nur vermuthet, aber nicht bewiesen werden kann, und das Ulcus vollkommen heilt, und dann, dass in der überwältigenden Mehrzahl der Fälle uns die Auffindung eines dieser Momente nicht möglich ist, weil die Sektion verweigert wird.

Denn der Glücklichen, denen immer diese Bestätigung oder auch Selbstcorrectur ihrer Diagnose zu Gebote steht, sind enorm wenige. Und selbst wenn der vermuthete Thrombus und Embolus *post mortem* nicht gefunden wurde, ist dessen früheres Vorhandensein noch keineswegs ausgeschlossen, denn er kann ja dem Schicksal der Verfettung und Erweichung schon während des Lebens verfallen sein.

Neben diesen von Curveilhier, Rokitansky, Virchow, Förster und Rindfleisch, Klebs und Key etc. gefundenen, von Pavy, Panum, Brinton, Müller, Steiner, Merkel etc. bestätigten Möglichkeiten für die Entsteh-

ung des Ulcus stehen uns noch die Arbeiten Ebsteins, Schiffs, Böttchers etc. zu Gebote.

Letzterer führt die Entstehung des Ulcus auf parasitären Ursprung zurück, weil er in mehreren Fällen Rand und Grund des Ulcus von Micrococcehaufen durchsetzt fand. Es ist dies immerhin ein weiterer Gesichtspunkt.

Schiff und Ebstein wiesen nach, dass nach Verletzungen und Durchschneidung gewisser Theile des Gehirns (thalami optici) und des Rückenmarks Ekchymosen und Geschwüre an Hunden und Kaninchen entstehen können, ein Umstand, der uns den Gedanken nahe legt, dass zwischen gewissen Gehirnthteilen und dem Gefässapparat des Magens ein gewisses, wenn auch noch unaufgeklärtes Zusammenhangsverhältniss besteht.

Ebenso beobachteten diese Forscher nach Reizung sensibler Nerven und nach Strychninvergiftung Ekchymosen und Ulcera, die wohl von Blutdrucksteigerungen, als Folgen jener Eingriffe bedingt erscheinen.

Wenn wir nun alle Entstehungsarten rekapituliren, so müssen wir gestehen, dass wir noch keine plausible und anatomisch-pathologische Bestätigung für jeden Fall haben, dass also das letzte Wort in der Genese des Ulcus perforans noch nicht gesprochen ist.

Das soll aber ein Grund zu weiterem Nachdenken und Beobachten sein, das uns schliesslich doch noch zur vollen Erkenntniss des Ursprungs dieser Magen-erkrankung führen wird.

Schliesslich will ich hier noch kurz ein Vorkommen des Ulcus ventriculi, oder häufiger in diesem Falle des duodeni, nach ausgedehnten Verbrennungen erwähnen,

wie ich selbst einen derartigen Fall bei einem in den Maischkessel gefallenen, und über 2 Drittheil des Körpers verbrannten Brauknechte sah.

Diesen Umstand erklärt Falk hauptsächlich aus der in Folge gesunkener Herzaktion resultirenden Circulationshemmung im Magengebiet.

Lassen wir auch hier die Eintheilung in subjective und objective Symptome gelten, so finden wir unter ersteren, zwar als das subjectivste, aber doch beachtenswertheste Zeichen, den Schmerz. Häufig sehen wir den Schmerz localisirt; am meisten im Epigastrium, in der Nabelgegend, oder gegen den Rücken hin zwischen die Schulterblätter ausstrahlend. Derselbe steigert sich auf Druck, während er bei Carcinom und reiner Cardialgie sich zu mindern pflegt. Freilich dürfen wir diesem Umstande nicht zu viel Bedeutung beimessen, da jeder stärkere Druck auf das Epigastrium auch beim Gesunden unangenehm empfunden wird, (wohl durch mechanischen Reiz des plexus gastricus anterior), und sich beim Kranken also leicht als wirklicher Schmerz äussern kann, ohne etwas Charakteristisches für das Magengeschwür haben zu müssen.

Dieses Schmerzgefühl sehen wir ausserdem oft hervorgerufen und gesteigert bei heftigen Körperanstrengungen z. B. starkem Bücken oder Dehnen des Körpers, nach Diätfehlern, dem Genuss grober Speisen, Erkältungen und zu engen, die Magengegend drückenden Kleidungsstücken. Die Schmerzen steigern sich auch zur Zeit der Menstruation und bei heftigen Gemüthsbewegungen.

Aus den äusseren Schmerzpunkten schliesst man auf die Stelle des Geschwürs, so dass also Schmerz in der Nabelgegend auf die grosse, und Schmerz in der Rückengegend auf die kleine Curvatur und hintere Magenwand bezogen werden kann.

Weiter wurde zur Bestimmung des örtlichen Geschwürs die gesteigerte, respect. aufgehobene Schmerzempfindung bei Veränderung der Lage, sowie das zeitliche Auftreten des dolor herbeigezogen. So lindert in manchen Fällen Vornüberliegen den Schmerz, wenn das Geschwür an der hinteren Magenfläche seinen Sitz hat, Lagerung auf die rechte Seite, wenn das Ulcus in der Gegend der Cardia sitzt.

Von ganz untergeordnetem Werthe für die Localisation des ulcus ist die zeitliche Bestimmung, indem oft ulcera am Pylorus sofortige Schmerzanfälle beim Essen bedingen, wo wir doch zunächst an Cardiageschwür denken müssen.

Der Schmerz tritt oft gleich nach dem Essen, oft erst eine viertel oder eine Stunde nachher auf, und kann mehrere Stunden während der Verdauung dauern. In der Zwischenzeit, solange also der Magen nicht verdaut, fehlt meist der Schmerz ganz. Diese Intermissionen erklären sich einerseits wohl aus dem Wegfallen des mechanischen und chemischen Reizes der im Ulcus blossgelegten Nervenenden nach der Verdauung, und aber auch aus einer Art Ermüdung in Folge zu lange andauernder intensiver Reizung, also einer Ueberreizung der Nerven.

In weitaus der Mehrzahl der Fälle fehlt der Schmerz nicht, doch gibt es auch solche, wo trotz lange bestehen-

der Geschwüre niemals Schmerz empfunden wurde, wie ich einen unter den Krankengeschichten später erwähnen werde. Anfangs pflegt der Schmerz ein dumpfer zu sein, später empfinden ihn die Patienten brennend, bohrend, wühlend; dies ist aber so sehr von dem Empfindungsvermögen des einzelnen Individuums abhängig, dass es zu bestimmten Schlüssen nicht herbeigezogen werden kann.

Neben den Schmerzen im Magen selbst werden gleichzeitig solche in anderen Körperregionen bei Ulcus-kranken gesehen, und von Traube als Irradiationsneuralgieen beschrieben. Bei einem Kranken sah ich regelmässig mit den Magenschmerzen Brustbeklemmungen einhergehen, was Traube durch Uebertragung der Erregung von den Magenerven auf die Vagusfasern der Lungen erklärt. Theilweise lassen sich diese Irradiationsphänomene anatomisch rechtfertigen.

Neben dem zumeist vorhandenen Schmerz sind unter den subjectiven Symptomen die dyspeptischen Beschwerden zunächst ins Auge fallend.

Am beachtenswerthesten hievon scheint mir die Aeusserung auf den Appetit zu sein. Häufig nämlich ist derselbe gut, und die Kranken würden gerne essen, fürchten sich aber vor den post coenam auftretenden Schmerzen, und schränken desshalb ihren Appetit ein, oder hüten sich wenigstens vor zu reichlicher oder für sie der Erfahrung gemäss zu schwerer Speise, während wir beim Carcinomkranken ausgesprochene Abneigung gegen Nahrungsaufnahme überhaupt sehen. Freilich ist auch häufig der Appetit vermindert, oder bestehen eigenthümliche Geschmacksrichtungen, die sich aus der

Anormalität der Verdauung erklären, wie sie in den meisten Fällen von Ulcus angenommen werden muss.

Vermehrter Durst, Aufstossen von Gasen und sauren Massen sind oft vorhanden. Die Magengegend pflegt empfindlich zu sein, und Magendruck wird häufig beobachtet.

Etwas symptomatisch Verwerthbares bietet die Zunge nicht, indem sie wohl ebenso oft belegt, als auch ganz normal aussehend gefunden wird.

Sodbrennen fehlt selten.

Fast immer ist der Stuhl retardirt. Die Obstruktion ist als ein Folgezustand der verringerten mechanischen, zu dem Magen in Beziehung stehenden Darmperistaltik anzusehen.

Der Stuhl ist meist in Bezug auf Quantität vermindert, was einerseits von dem häufig vorkommenden Erbrechen, und andererseits von der geringen Nahrungsaufnahme abhängt.

Bei fast allen Kranken herrscht psychische Depression und eine grosse Muthlosigkeit, indem ihnen jede, oft auch die bescheidenste und bestausgewählteste Nahrung immer wieder ihre bedauernswerthe Lage vorführt.

Das tritt umsomehr hervor, je länger schon das Leiden besteht, und je erfolgloser die seitherige Behandlung war.

Unter den objectiven Symptomen steht die Hämatemesis als das sicherste Zeichen obenan. Während beim Carcinom auf 100 Fälle nur eine grössere Blutung kommt, wird die Magenblutung bei Ulcus in etwa einem Drittel der Fälle gefunden. Wohl ebenso oft,

aber gewiss weit weniger von Arzt und Patient beobachtet, weil minder in die Augen fallend, ist die Entleerung des Blutes bei Ulcus per rectum, was bei grösseren Blutungen in Form eines diarrhoeischen Stuhles vor sich zu gehen pflegt.

Die Menge des erbrochenen Blutes ist sehr verschieden, und kann zwischen kleinen, mit den erbrochenen Speisen gemischten Quantitäten, und copiosen Mengen, bis zu 2 Pfund und darüber, schwanken. In einem Falle sah ich eine Blutung, die mindestens 1½ Liter betrug. Die Farbe des Blutes pflegt dunkel zu sein, was durch Umwandlung des Hämoglobins in Hämatin unter Einwirkung der Magensäure bedingt ist.

Der Hämatemesis pflegt Uebelkeit, vermehrter Schmerz und Brechreiz, auch ein ohnmachtähnlicher Zustand vorauszugehen, während abgesehen von den nachweisbaren Erscheinungen an den Lungen die Hämoptoë gewöhnlich von Kitzel im Halse und dann Hustbewegung begleitet ist. Hier ein Hust- dort ein Brechakt.

Der Puls ist klein und frequent, oft stellt sich Ohrensausen und Augenflimmern vor der Hämatemesis ein.

Das bei Magenblutung entleerte Blut ist gewöhnlich dunkel und klumpig bei längerem Verweilen in der Magenhöhle, und reagirt meist sauer, doch wird auch bei sehr copiosen Ergüssen und raschem Erbrechen hellrothes Blut zu Tage gefördert. Weitere Unterschiede hier zwischen Blutungen bei Hämoptoë und Hämatemesis zu geben, halte ich, da ja nur von Magenkrankheiten überhaupt die Rede ist, für überflüssig.

Alle Gründe, die eine Magenblutung veranlassen oder begünstigen können, wie Erkrankungen der Gefässwandungen, venöse Stauungen etc. etc. lasse ich hier ebenfalls unerörtert, da derartige Zustände die Gelegenheit und den Boden für die Entwicklung eines Ulcus abgeben können. Bei der Magenblutung im Gefolge des Geschwürs finden wir die Arrosion eines grösseren oder kleineren Gefässes als gewöhnliche Ursache der Hämatemesis. Kleinere Blutmassen gehen mit dem Stuhl ab, und werden dann meist nicht beobachtet, oder sie werden bei dem häufigen Brechakte sammt den Speisen als braunrothe Beimengungen entleert. Grosse Blutmengen werden fast immer per os zu Tage gefördert, doch kann ebenso Verblutung nach innen stattfinden, ohne dass ein Brechakt den Erguss zu Tage bringt. Im Allgemeinen werden Blutungen besser vertragen als man erwarten sollte! Oftmalige Hämatemesis, wie sie bei Ulcuskranken mit gleichzeitiger Gefässerkrankung oder Stauungskrankheiten vorkommt, bringt die Constitution herunter.

Zu copiöse Blutungen können selbstredend auch zu plötzlichem Tode führen. Die Ursache zu Recidiven liegt ebenso sehr in der Bewegung der Magenwand, wie in der Auflösung des obturirenden Blutpfropfens durch den Magensaft, und dann auch in den zu Grunde liegenden Gefässerkrankungen und Stauungen.

Ein häufigeres, aber für die Diagnose auch nicht pathognomisches Symptom des chronischen Magengeschwürs ist das Erbrechen, das in circa $\frac{4}{5}$ der Fälle vorhanden ist. In dem Erbrochenen finden wir neben reichlichem Schleim und Speisen in den verschiedenen

Verdauungsstadien, Sarcine, Galle etc. Meist gehen dem Erbrechen cardialgische Beschwerden voraus, und verschafft dasselbe nicht selten dem Kranken Erleichterung.

Ursache des Erbrechens sind eine zu starke Nervenirregung durch den Mageninhalt, grobe Diätfehler, Gemüthsbewegungen, starke körperliche Anstrengungen, oder reichlich verschluckter Speichel und dadurch bedingter Reiz der Magenwand bei nüchternem Magen.

Auch das Aussehen des Patienten ist diagnostisch so gut wie nicht zu verwerthen. Es sind aus der Literatur Fälle bekannt, wo blühend aussehende Leute an plötzlicher Perforation eines schon lange bestehenden, aber symptomlos verlaufenen Geschwüres starben.

Immerhin wird durch die lange bestehende Dyspepsie, die häufigen Schmerzen und den gedrückten Gemüthszustand in vielen Fällen der Kranke herabgekommen aussehen, und obwohl selbst copiöse Blutungen anscheinend ziemlich gut überwunden werden, sieht man doch den Ulcuskranken mit reichlichen und oft recidivirenden Blutungen meist abgemagert und oft ganzwachsfarben, wovon mir ein später zu erwähnendes Beispiel gerade vorschwebt.

Einen Zustand, den man bei ulcuskranken Frauen öfters zu sehen Gelegenheit hat, will ich nicht unerwähnt lassen. Ich meine die Amenorrhöe.

Diagnostisch verwerthbar dürfte sie aber kaum sein, weil sie überhaupt sehr häufig ohne Ulcus vorzukommen pflegt, doch kann sie als Folge der durch das Geschwür herbeigeführten Schwächung der gesammten Constitution in Betracht kommen.

Eine glücklicherweise seltene Erscheinung bei dem

chronischen Magengeschwür ist die nach heftigen Blutungen beiderseitig auftretende unheilbare Amaurose, für die wir noch keine plausible Erklärung haben.

Die Palpation der Magengegend bietet ausser dem schon erwähnten Schmerzpunkte wenig, indem Geschwüre und Narben an der hinteren Magenwand und an der kleinen Curvatur, wo sie am häufigsten getroffen werden, wegen ihrer anatomischen Lage nicht gefühlt werden können. Geschwüre am Pylorus sind ebenfalls nur dann palpabel, wenn eine Lageveränderung des Magens statt hatte, da die Pförtnergegend normal vom viereckigen Leberlappen überragt wird.

Es bleibt also nur jener Theil für die Palpation übrig, wo Geschwüre seltener getroffen werden. Oefters gelingt es übrigens, eine gewisse Resistenz, bedingt durch Vernarbung, durchzufühlen, die dann allerdings den Schluss auf ein vorhandenes Geschwür zulässt, da man häufig Narben und frische Ulcera nebeneinander findet, und überhaupt Neigung zur Recidive besteht.

Die Diagnose des Ulcus perforans ist in manchen Fällen leicht, in vielen erschwert. Sind Blutungen aus dem Magen neben anderen dyspeptischen Erscheinungen und nachweisbare, die Entstehung des Geschwürs begünstigende Umstände vorhanden und endlich eine gewisse Altersgrenze noch nicht überschritten, so ist die Diagnose „Magengeschwür“ wohl mit Sicherheit zu stellen.

Fehlt das Bluterbrechen oder Abgang von Blut im Stuhl, nachweisbar aus dem Magen stammend, (was immer sehr schwierig ist), und ist man nur auf das subjective Zeichen des Schmerzes, das, wie wir sahen,

ganz fehlen kann, angewiesen, so ist die Diagnose sehr erschwert und in vielen Fällen nur Wahrscheinlichkeits-Diagnose.

Bei den auftretenden dyspeptischen und gastral-gischen Erscheinungen können Verwechslungen mit chronischem Magenkatarrh, reiner Cardialgie, nervöser Dyspepsie, Carcinom und Gallensteinkolik vorkommen, um so eher, je weniger die Symptome ausgesprochen sind.

Vom chronischen Katarrh unterscheidet sich das Geschwür dadurch, dass, wenn überhaupt Blutentleerungen vorkommen, diese im Erbrochenen höchstens spurenweise, beim Ulcus aber stets copioser getroffen werden. Der Schmerz ist bei der Gastritis chronica nicht circumscrip't, sondern mehr vertheilt, wird meist nur als Druck empfunden, ist mehr continuirlich im Gegensatz zu dem paroxysmenweise auftretenden Schmerz mit Intermissionen beim Geschwür.

Die Anamnese und die Entstehung der Krankheit unabhängig von bestimmten, äusseren Einflüssen, können die Entscheidung erleichtern.

Das Fehlen anderer Neuralgieen, von Hysterie, Hypochondrie und Uterinleiden überhaupt spricht bei gastralgischen Beschwerden für Ulcus simplex und gegen Cardialgie. Das Auftreten des Schmerzes post coenam und seine Steigerung durch äusseren Druck, die lange, oft für die ganze Verdauungszeit bestehende Dauer desselben, das häufige Erbrechen und die gleichzeitig bestehende Angst vor der Nahrungsaufnahme, sowie andere dyspeptische Erscheinungen machen auch das Ulcus wahrscheinlicher als die Cardialgie.

Rein cardialgische Beschwerden mindern sich oder werden aufgehoben unter Anwendung des constanten Stromes, was bei Ulcusschmerzen nicht geschieht. (Näher. hierüber bei den Neurosen des Magens.)

Sehr schwer kann die Unterscheidung zwischen Dyspepsia nervosa und Ulcus werden, wenn nicht sonstige nervöse Störungen erstere Krankheit wahrscheinlicher machen, da uns selbst eine vorgenommene Ausspülung keinen absolut positiven Anhalt bietet, weil, wie die Untersuchungen von Pentzold und Faber ergaben, bei abnormen Zuständen der Magenwand unter Umständen die Resorptionsfähigkeit herabgesetzt, unter Umständen aber auch vermehrt sein kann, und Demarquay und Hack die gesteigerte Resorptionsfähigkeit von granulirenden Flächen beobachteten.

Mithin kann die gewonnene Spülflüssigkeit bei Ulcus unter Umständen so rein wie bei nervöser Dyspepsie sein.

Erschwert wird die Diagnose noch dadurch, dass beide Krankheiten mit ihren oft sehr ähnlichen Erscheinungen, Aufstossen, Globus etc. häufig bei chlorotischen und schwächlichen Individuen vorkommen.

In solch' schwierigen Fällen schlägt Leube vor, die Krankheit aus dem Erfolge der Therapie zu erkennen, und demgemäss in zweifelhaften Fällen die Behandlung des Ulcus zu instituiren und aus dem weiteren Verlaufe die Diagnose zu stellen.

Der Differentialdiagnose zwischen Ulcus und Carcinom sei hier nur flüchtig Erwähnung gethan, da ich beim Magenkrebs ausführlich darauf zurückkomme. Nur so viel sei gesagt, dass schneller Verlauf der Krankheit,

vorgeschrittene Jahre und continuirliche Abmagerung entschieden für den Krebs sprechen, während jugendliches Alter, copiöse Blutungen, vielfache Schwankungen im Ernährungszustand und namentlich die oft sichtlich rasche Erholung nach Hämatemesis bestimmt auf Magengeschwür hinweisen.

Bei Gallensteinkolik ist Hineindrücken der rechten Bauchwand unter den Rippenbogen weit schmerzhafter als Druck aufs Epigastrium, Sitz des Schmerzes ist also hier das rechte Hypochondrium. Die Gallenblase lässt sich perkutiren und palpiren und mitunter sind sogar die Gallensteine zu fühlen; die Leber ist meist geschwollen, und oft Icterus vorhanden.

Die Verdauung ist in den schmerzfreien Zeiten nicht gestört.

Am meisten Zweifel kann das häufige Erbrechen mit Schmerz im Epigastrium hervorrufen, doch wird die Diagnose eine klare, sobald Gallensteinconcremente mit dem Stuhl abgehen.

Der Magenkrebs.

Diese traurige Krankheit kommt im menschlichen Magen hauptsächlich in drei Formen, als Scirrhus Faserkrebs, Carcinoma medullare Markschwamm, und Carcinoma colloides seu alveolare Gallertkrebs vor. Sehr selten werden die Epithelialkrebse, Cancroide getroffen.

Von den inneren Organen ist nach Marc d'Espine und Virchow der Magen am häufigsten am Krebs erkrankt.

Seine Prädilectionsstellen sind der Pylorus und die Curvatura minor, dann die Cardia, seltener wird er in den übrigen Regionen gefunden.

Die weitaus grösste Zahl der Krebserkrankungen dieses Organs sind primär; sekundär im Magen entstandene Carcinome sind äusserst selten.

Vom Magen aus kann der Krebs auf das Bauchfell, die Lymphdrüsen, die Leber, Colon, Pankreas und Lungen etc. weiterschreiten. Dieses Fortschreiten des Krebses auf benachbarte Theile findet am öftesten durch Eindringen in die Lymphbahn statt, und sieht man deshalb besonders jene Drüsen inficirt, die ihre Lymphe aus der Region der primären Geschwulst empfangen: regionäre Infection.

Auch durch Einbruch des Krebses in die Blutbahn pflanzt er sich fort: embolische Carcinosis.

Das locale Fortschreiten des Krebses wird durch Herabsetzung der normalen Gewebswiderstände, dann durch eine an verschiedenen Organen und Individuen hier schwächere, dort stärkere Proliferationsenergie begünstigt. Der Magenkrebs ist eine Krankheit des vorgerückten Alters, und wird nach Leube am häufigsten zwischen dem 60. und 70. Lebensjahre getroffen, obwohl auch Magencarcinome im 30. Lebensjahre beobachtet sind, was aber als Ausnahme zu betrachten ist.

Er findet sich bei beiden Geschlechtern gleich häufig. Eine Dauer der Krankheit anzugeben ist unmöglich, weil man den Beginn der Carcinombildung nicht bestimmen kann. Der Verlauf ist ein chronischer und schwankt zwischen 1 Monat und 1½ Jahren.

Ehe wir auf die einzelnen Krebsformen des Magens

übergehen, sei eine ganz flüchtige Betrachtung der Carcinome überhaupt gestattet.

Die Carcinome sind eine die Organe destruierende, nach der Exstirpation recidivirende und metastasirende, maligne Neubildung mit alveolarer Struktur, welche auf einer primären Entgegensetzung des Eingelagerten und des Stromas, nämlich auf dem Gegensatz von Epithel und Bindegewebe, beruht.

Den Untersuchungen Waldeyer's verdanken wir die Entdeckung, dass die Schleim- und Labdrüsen des Magens als die Entwicklungsheerde der bösartigen Neubildung anzusehen sind.

Alle Drüsencarcinome entstehen nach Rindfleisch in der eigentlichen Mucosa und gehen erst von hier aus auf die Submucosa über, was in der Regel sehr frühzeitig erfolgt. Das Fortschreiten der Krebswucherung ist in der Submucosa bei den weiten und zahlreichen Lymphgefässnetzen ein rascheres als in der Mucosa.

Der Scirrhus, die häufigste Krebsform des Magens, Carcinoma fibrosum, zeichnet sich von dem Markschwamm durch Ueberwiegen des bindegewebigen Stromas über die Krebskörper aus.

Der Gallert- oder Colloidkrebs ist durch eine colloide Umwandlung der Krebszellen charakterisirt.

Der Scirrhus, dessen Wachsthum langsamer als das des Markschwamms ist, erscheint in Form einer derbschwieligen, ringförmigen Infiltration oder von umschriebenen Knoten.

Die Magenwand bietet sich in ausgesprochenen Fällen als eine bis zu einem Zoll dicke, harte, nach Innen knollig protuberirende Masse dar (Rokitansky).

Lieblingssitz ist die kleine Curvatur, von wo aus der Scirrhus oft die ganze Magenwand umwächst, so dass der Magen, an dem dann der Fundus wie ein leerer Beutel hängt, verkleinert (bis zu 2 Zoll Lumen) und starrwandig wird.

Mikroskopisch sehen wir hier eine ausgesprochene Analogie der epithelialen Anordnung mit Drüsenepithel. Das bindegewebige Stroma überwiegt die relativ regelmässigen lang-gestreckten, im Querschnitt kreisförmigen Krebszellennester, in denen die kleinen, aber unter sich gleich grossen Epithelzellen fast radienartig arrangirt sind.

Im Gegensatz zu dem harten, schwieligen Scirrhus finden wir den Markschwamm als weiches Carcinom. Das Carcinoma medullare bildet umschriebene, schwammige Knoten platt oder blumenkohlartig, oder ringförmige Wülste von mehreren Quadratzoll Umfang mit geschwüriger Oberfläche, auf der nach Aufgiessen von Wasser Gewebsfetzen flottiren. (Ueberreste des Stromas, das länger als die Zellen der Zerstörung widersteht.)

Ursache der Ulceration ist die Verfettung der Neubildung, die dann der auflösenden Wirkung des Magensaftes preisgegeben ist.

Die eben erwähnten Stromafetzen lösen sich ab und geben zu den später zu erwähnenden, pathognomischen Blutungen Anlass, die dem Erbrochenen des Carcinomkranken so oft das kaffeesatz- und chocoladeähnliche Aussehen geben. Die krebsartige Entartung kann eine Dicke von $\frac{1}{2}$ —2 Zoll haben. Mikroskopisch sehen wir ein Ueberwiegen der Zellenhaufen über die Bindegewebsmassen.

Der Markschwamm hat zum ulcerösen Zerfall mehr Neigung als der Faserkrebs, und sind deshalb Metastasen häufiger bei ihm.

Das Carcinoma colloides, der Gallertkrebs, verwandelt Schleimhaut und submucöses Gewebe in eine honigfarbene, gallertige Masse mit alveolärem Maschenwerk, zwischen das die colloiden Krebsmassen eingelagert sind.

Bei der später eintretenden Degeneration der Muscularis und Serosa erscheint die äussere Oberfläche des Magens höckerig und mit unzähligen Gallertknötchen durchsetzt. Die Magenwände sind bis zu 2 Centimeter verdickt und starr, namentlich am Pylorus, dem Lieblingssitz des Gallertkrebses. Dadurch tritt Stenose des Pförtners ein.

Neigung zu Ulceration besteht weniger, weshalb auch Blutungen seltener, hingegen setzt sich der Process gerne auf das Peritoneum fort, wodurch das Netz in eine fingerdicke, brettähnliche Platte verwandelt wird.

Der Gallertkrebs hat ein Maschenwerk von höchst regelmässig runden Augen, bedingt durch das Bestreben der gequollenen Colloidmassen in einem begrenzten Raum, diesem eine kugelförmige Ausdehnung zu verleihen.

Die Colloidmassen sind eine regressive Umwandlung von Krebszellen oder ein metamorphosirtes Bildungsmaterial epithelialer Zellen. (Rindfleisch.)

Carcinome können verfetten, seltener verkäsen und verkalken, oder eine schleimige Metamorphose eingehen, wie wir dies beim Gallertkrebs sahen. Die

häufigste Umwandlung ist die Nekrose, die zum geschwürigen Zerfall führt.

Die Disposition hiezu liegt in der atypischen Circulation, die bei der dichten Anhäufung gewucherter Zellen leicht Ernährungsstörungen der Neubildung selbst hervorbringt.

Der Ausgang des Carcinoms ist der Tod. (Möglicherweise, jedenfalls aber enorm selten, ist bei frühzeitiger Erkenntniss von der Resection ein Erfolg zu erwarten, wenigstens sah Billroth in einem Falle nach der Resection der krebsigen Stelle Heilung eintreten, und erschienen im Verlauf geraumer Zeit keine weiteren Symptome von Magencarcinom, soviel mir bekannt.) Die beobachteten Vernarbungen sind nicht zweifellos von wirklichen Carcinomen herrührend.

Die Folgen des Krebses am Magen selbst können Dislocationen, partielle und totale Erweiterung oder Verengerungen, Hypertrophie und Verdichtungen, Verschlüssungen des Mageneinganges und des Pylorus, Blutungen und manchmal Perforationen nach oben, unten, hinten oder vornen sein. Relativ am häufigsten ist der Durchbruch in das Colon transversum. Die Erscheinungen werden bei der Symptomatologie näher zur Sprache kommen.

Aetiologie und Pathogenese des Carcinoms sind in vollständiges Dunkel gehüllt, und was hier anzuführen ist, sind nur Vermuthungen und Hypothesen.

Gewisse constitutionelle Verhältnisse, die nur wenig bekannt sind, scheinen die Entwicklung und Entstehung des Carcinoms wenigstens zu begünstigen. So findet man es vorzugsweise erst im höheren Lebensalter, wo

es sich um eine gewisse Herabsetzung der normalen Widerstandsfähigkeit der Gewebe handelt.

Thiersch glaubt, dass im vorgerückten Alter das Wachsthum mancher epithelialen Organe an gewissen Regionen energischer vor sich gehe, als das des Stromas.

Wir beobachten thatsächlich im Alter ein gewisses Welkwerden der Haut, während Haare und Drüsen an Umfang zunehmen.

Beim Magenkrebs müssen wir uns damit begnügen, vorerst im höheren Alter, Bau, Lage und Funktion des Magens begünstigende Momente zur Entwicklung des Carcinoms zu suchen; freilich ist uns über die Natur dieser Dinge bis jetzt jede Antwort versagt.

Möglicherweise spielen hier doch stärkere Reizungen namentlich der Ostien mit, die thatsächlich Prä-dilectionsstellen des Carcinoms sind.

Beachtenswerth ist es immer, dass in dem Vorhandensein von Ulcus oder jahrelanger Gastritis eine gewissermassen leichtere Entstehung des Krebses zu liegen scheint. Die bösartige Krankheit fällt hier gleichsam auf ein wohlgepflügtes Ackerfeld.

Gewiss von Bedeutung ist der Nachweis der Heredität, der nach meiner Ansicht dadurch oft erschwert ist, dass die alten Leute die Todesursache ihrer Eltern meist nicht mehr kennen; trotzdem entsinnen sie sich doch häufig, dass die Eltern überhaupt magenleidend waren.

Es ist bekannt, dass sich manche körperliche und geistige Eigenthümlichkeiten in Familien durch Generationen erhalten und also schon im embryonalen Leben

entstehen müssen, vielleicht durch einen von der Norm abweichenden Entwicklungsmodus.

Der leider zu früh verstorbene Cohnheim glaubte die Entstehung des Carcinoms in einer Störung der embryonalen Entwicklung, also in einem dem eben Gesagten analogen Vorgang, suchen zu müssen.

Diese Hypothese sucht er durch nachstehende Momente zu bekräftigen: durch die Erblichkeit, durch das Vorkommen congenitaler Geschwülste überhaupt, durch den Nachweis, dass das Carcinom gewisse Prädilectionsstellen hat, wo in der embryonalen Entwicklung entweder Einstülpung des äusseren Keimblattes oder Vereinigung desselben mit einem anderen Epithelrohr stattfinden, und wobei leicht gewisse Unregelmässigkeiten passiren können, die einen überschüssigen Epithelhaufen und somit einen Geschwulstkeim entstehen lassen, der bei herabgesetzter Gewebewiderstandsfähigkeit sich zum Krebs ausbilden kann.

Die subjectiven Symptome bei Carcinoma ventriculi sind die der Dyspepsie. Diese gastrischen Beschwerden fehlen fast nie und sind theilweise durch den oft gleichzeitig mit Krebs bestehenden, und wohl auch durch den fortwährenden Reiz des wachsenden Geschwulstes bedingten Magenkatarrh zu erklären, theilweise durch das Unvermögen der krebsigen Stelle, Magensaft abzusondern und Peptone zu resorbiren, begründet.

Ein weiterer Umstand, die Verdauung zu verzögern und eine abnorme einzuleiten, liegt in der verminderten Beweglichkeit des krebsig entarteten Organs.

Der Appetit ist meist verringert, selten unge-

stört. Bei vielen Kranken herrscht eine ausgesprochene Apathie gegen das Essen; bei Manchen ist sie bis zum Ekel gesteigert.

Dabei besteht Sodbrennen und saures Aufstossen und übler, pappiger Geschmack im Munde.

Ein selten fehlendes Symptom ist der Schmerz, der zwar nichts Pathognomisches hat, sich aber doch häufig von dem Schmerz des Ulcus unterscheidet.

So wird der Schmerz beim Geschwür durch Druck gesteigert, während beim Krebs keine Steigerung, manchmal sogar Minderung desselben eintritt. Der Schmerz beim Carcinom zeigt keine Intermissionen, sondern ist meist ständig vorhanden und schwankt zwischen einfachem Druck und heftigen, wie Kohle brennenden, lancinirenden Schmerzen, die nach dem Nabel, dem Brustbein oder nach dem Rücken hin ausstrahlen.

Gewöhnlich ist der Schmerz bei nüchternem Magen mässig und stärker im Zeitraum der Verdauung. Manchmal, wenn auch selten, kann er auch ganz fehlen, wie ich einen Fall zu beobachten Gelegenheit hatte. (Fall 22.)

Die Intensität desselben hängt neben der subjectiven Empfindlichkeit überhaupt nach Bamberger nicht allein von dem Umfang der Ulceration und Verjauchung, sondern auch von dem Drucke der krebsigen Infiltration auf die Nervenverbreitungen ab.

Bieten diese dyspeptischen Erscheinungen schliesslich auch gerade nichts Pathognomisches, so erleichtern sie doch die Diagnose durch den Hinweis auf eine Magenerkrankung überhaupt, und verdient namentlich das letztgenannte, der Schmerz, wegen seiner Häufigkeit

(Brinton fand ihn in 92⁰/₀ der Fälle) gewiss die vollste Würdigung.

Der Gemüthszustand des Kranken ist in vielen Fällen besorgt und unruhig, da der Patient eine ihm selbst auffallende Reduction seiner Kräfte und eine stetige Abnahme des Körpergewichts wahrnimmt, die ihn auf die Vermuthung einer tiefen Erkrankung bringt.

Unter den objectiven Symptomen des Magencarcinoms ist das wichtigste der Nachweis einer bestehenden Geschwulst.

Bei der Ueberlegung, dass nur ein kleiner Theil, und gerade jener, der nicht Prädilectionssitz der Carcinome ist, mit den Bauchdecken in Berührung kommt, also der Palpation zugänglich ist, erscheint es leicht begreiflich, dass der Nachweis einer Geschwulst keineswegs immer leicht, und in vielen Fällen unmöglich ist. Doch die schon vorhin erwähnte, von der Norm abweichende Dislocation der Magengegend erleichtert manchmal auch wieder die Palpation; und so sind wir im Stande, Carcinome des Pylorus, der normal von dem linken Leberlappen bedeckt ist, zu fühlen, weil durch die Schwere des Tumors der Magen nach unten sinkt, speciell der Pfortnertheil unter dem Leberlappen hervorgezogen ist.

Wie aber die Lage der Geschwulst von dem Sitze des Carcinoms abhängig ist, so wechselt auch während der Verdauung die palpable Geschwulst ihren Standpunkt, und muss deshalb derselbe Tumor nicht zu jeder Zeit fühlbar sein.

Am häufigsten fühlt man den Tumor in der Mittellinie des Epigastriums und demnächst im rechten Hy-

pochondrium. Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die Palpation bei leerem und vollem Magen und in verschiedenen Körperlagen versucht werden muss. Die Magerkeit der Bauchdecken erleichtert das Durchfühlen und gestattet ein tiefes Eindringen derselben gegen die Wirbelsäule hin, so dass auch unter anderen Verhältnissen nur in der Narkose fühlbare Geschwülste palpirt werden können, doch kann auch Ascites in Folge des Carcinoms die Palpation unmöglich machen.

Der Tumor selbst präsentirt sich uns meist als eine harte, consistente, knollige oder runde, wenig empfindliche Masse, die unbeweglich zu sein pflegt.

Trotzdem ein beträchtlicher Theil des Magens dem Zwerchfell anliegt, und dadurch bei der Respiration auf- und abwärts bewegt werden sollte, erscheint der Magentumor doch unbeweglich, wohl weil die vom Diaphragma aus mitgetheilte Bewegung sich leichter nach den Seiten des mit Luft und Flüssigkeit gefüllten Organes fortpflanzt (Leube.)

Die Perkussion der Geschwulststelle ergibt gewöhnlich „gedämpften Schall mit tympanitischem Beiklang“, was zur Unterscheidung von einem benachbarten Lebercarcinom dienen kann.

Freilich kommen hier auch ausnahmsweise Bewegungen des Tumors bei der Athmung und absolut gedämpfter Schall vor.

Ist der Sitz des Carcinoms am Pylorus, so wird der Magen des erschwerten Durchlasses wegen erweitert, wie dies auch beim Oesophagus bei Cardiastenose der Fall ist.

Ein weiteres Symptom ist die Infiltration peripherer

Lymphdrüsen, wie sie schon einmal erwähnt wurde. Von grosser Bedeutung ist das Geschwollensein der Drüsen der Supraclaviculargegend, worauf Virchow zuerst aufmerksam machte.

Das Erbrechen, das in den meisten Fällen nicht fehlt, und oft als frühzeitiges Symptom geraume Zeit vor der fühlbaren Geschwulst und der Drüsenschwellung auftritt, ist bei Pyloruscarcinom fast constant, weniger häufig bei Cardiakrebs und relativ am seltensten bei scirrhöser Verhärtung der vorderen oder hinteren Magenwand. (Fälle 6, 18, 22.)

Die Veranlassung zum Erbrechen gibt bei kleineren Neubildungen die Reizung der Pylorusmuskulatur durch das eingebettete Carcinom selbst, und das erschwerte Durchpassiren und deshalb längere Verweilen des Chymus, der durch abnorme Zersetzung dann die Magenschleimhaut intensiver irritirt.

Bedeutende Stenose des Pförtners kann schon an und für sich Ursache des Erbrechens sein.

Das Erbrochene enthält entweder Speisebrei und saure, schleimige Massen mit reichlicher Sarcine, und bietet dann dasselbe Bild wie bei chronischem Katarrh, oder es ist mit zersetztem Blut vermischt, das dem Erbrochenen ein chocoladefarbenes, Kaffeesatz-ähnliches bis aschfarbiges Aussehen verleiht.

Derartiges Erbrechen ist immer von übler Bedeutung, da grössere Blutungen entschieden mehr dem Magengeschwür zukommen, obwohl bei Arrosion von Gefässen durch das Krebsgeschwür auch reines Blut in grösserer Menge zu Tage gefördert werden kann, doch ist dies Ausnahme.

Aus leicht einleuchtenden Gründen werden nur selten Krebstheilen gefunden, doch gelingt es, dieselben mitunter beim Cardiacarcinom zu zeigen, wenn sie an der eingeführten Sonde hängen bleiben.

Ein höchwichtiges Symptom ist das kachektische Aussehen der Kranken. Die Gesichtsfarbe ist erdfahl und spielt in's Graue, der Mund ist oft schmerzlich in's Breite gezogen, die Nasolabialfalten treten stark hervor; die Haut ist anämisch, trocken und eigenthümlich grau gefärbt. Das Fettpolster ist vollständig geschwunden, die Abmagerung und der Kräfteverfall schreiten unaufhörlich und rasch vorwärts, und der Kranke bietet bald das Bild auffallender Mattigkeit und Hinfälligkeit. Bei keiner chronischen Krankheit ist die Gewichtsabnahme eine so continuirliche und schnelle.

Die rasche Abmagerung resultirt ebensowohl aus den chemischen und mechanischen Hindernissen bei der Magenverdauung, als auch aus der fortwährenden Verwendung von Körpermateriel zum Wachsthum der malignen Neubildung.

Oft erscheint auch die Haut leicht icterisch gefärbt. Der Leib fällt immer tiefer ein oder ist hydropisch aufgetrieben. Der Hydrops cachecticus ist anfangs meist auf die Knöchelgegend beschränkt, kann aber grosse Ausdehnung annehmen.

Diagnostisch verwerthbar sind auch die Resorptionsversuche J. Wolff's mit Jodkali, dessen Uebertritt in's Blut bei den anderen Magenkrankheiten rasch statt hat, während es sich beim Magencarcinom meist erst mehrere Stunden nach Einnahme der Jodkali-Gelatin-kapsel im Speichel, der auf Stärkemehlpapier gespieen

wird, nachweisen lässt, oder ganz unresorbirt bleibt. Ich fand in 3 Fällen die Jodkaliresorption erst nach 5 Stunden nachweisbar, in 2 Fällen ganz ausbleibend.

Als für die Diagnose bedeutungslose, bei Krebs aber häufig vorkommende Zeichen seien noch saurer, übler Geruch aus dem Munde, Stuhlverstopfung oder Diarrhöe erwähnt.

Das öfter beobachtete gleichzeitige Auftreten von Tuberkulose und Carcinom erklärt Dittrich so, dass durch die krebssige Erkrankung der Patient herabkommt, abzehrt, dass die regressive Metamorphose eine lebhaftere, stürmischere ist, dass durch diese angebahnt, Faserstoffkrankungen entstehen, unter denen es auch eine gibt, die sich als tuberkulöse klar und deutlich ausspricht. Es ist nach dieser Auffassung die Tuberkulose nur der locale Ausdruck der allgemeinen Blutmischung.

Leube meint, dass beim Marasmus Entzündungsproducte in der Lunge leichter käsig zerfallen, als dies früher bei demselben Individuum der Fall war, und dass käsig zerfallene Theile des Neoplasma's selbst von der Ulceration aus zur Resorption gelangen und Miliartuberkel veranlassen können.

Die neueste Statistik hat dargethan, dass die Tuberkulose nicht, wie seit Hippokrates geglaubt wurde, ein trauriges Vorrecht der Jugend sei, sondern im Gegentheil häufig im höheren Alter (50., 60. und 70. Lebensjahre) getroffen werde.

Dieser Umstand beweist, dass die zunehmende Disposition zur Tuberkulose mit der abnehmenden Gesamtwiderstandskraft des Organismus gleichen Schritt

hält, und hätten wir demnach in dem Zusammentreffen beider Krankheiten nur etwas Gelegentliches, begünstigt durch dasselbe Moment, zu sehen.

Die Diagnose des Magencarcinoms ist uns durch den Nachweis einer fühlbaren Geschwulst, durch das entsprechende Alter, kachektisches Aussehen, das oft charakteristische Erbrechen und den dauernden Schmerz jedenfalls mehr erleichtert, als bei den vorausgegangenen Krankheiten.

Die Palpation einer Geschwulst aber in der Magen-egend ist von solcher Wichtigkeit, dass wir selbst beim Mangel dyspeptischer Erscheinungen, wenn Alter und Aussehen nicht dagegen sprechen, die Diagnose Magenkrebs zu stellen berechtigt sind.

Verwechslungen mit schwieligen Narben nach abgeheiltem Ulcus, mit einem knollig anzufühlenden, abgesackten Exsudat sind, wie Leube hervorhebt, nicht unmöglich.

Dass bei der Lage des Magens ein Carcinom des linken Leberlappens mit Pylorus-carcinom, oder ein Pankreaskrebs mit Magenkrebs etc. verwechselt werden kann, wird Jeder zugeben, doch bringt eine derartige örtliche Fehldiagnose bei der Malignität aller Krebstumoren überhaupt keinen Schaden.

In manchen Fällen können bei sehr herabgekommenen und im Alter vorgeschrittenen Individuen Zweifel darüber entstehen, ob man es mit chronischem Magenkatarrh, mit Ulcus oder Carcinom zu thun hat.

Vom Carcinom unterscheidet sich der chronische Katarrh durch die lange Dauer der Krankheit, den möglichen Nachweis einer Ursache, die eintretende

Besserung bei geeigneter Behandlung, das minder häufige und nicht chocoladefarben aussehende Erbrechen und den geringeren Schmerz. Immerhin ist die bestimmte Diagnose „chronischer Katarrh“ im hohen Alter mit grosser Vorsicht zu stellen, und thut man nach meinen Erfahrungen gut, selbst beim Mangel eines fühlbaren Tumors und bei fehlender Drüsenschwellung das Carcinom stets im Auge zu behalten, und keine voreilige, günstige Prognose zu stellen.

Zweifelsohne können auch nach dem 45. Jahre noch Ulcus und umgekehrt vorher Carcinom vorkommen, so dass bei marantischem Aussehen des Kranken, wie es nach Ulcus mit copiösen Blutungen leicht möglich ist, gewiss die entscheidende Diagnose erschwert sein kann.

Die Dauer der Krankheit, copiöse Blutungen, der mangelnde Tumor und nicht geschwollene Drüsen, das intermittirende, bessere Aussehen, die schmerzlosen Intervallen im Gegensatz zu dem dauernden Druck- oder Schmerzgefühl des Carcinoms sprechen für Ulcus, und die in der Symptomatologie des Krebses aufgeführten Zeichen für Carcinom. In zweifelhaften Fällen wird sich nach Leube die Diagnose ex therapia in Bälde stellen, und ist gewiss desshalb gerechtfertigt, weil der Kranke dabei keinen Schaden leidet.

Die Magenerweiterung.

Diese Krankheit, die bis vor kurzer Zeit nicht genügend gewürdigt, und oft als etwas Nebensächliches

betrachtet wurde, kommt offenbar weit häufiger vor, als man früher annahm, und darf den gewöhnlichen Krankheitstypen, dem chronischen Katarrh, Ulcus und Carcinom wegen ihrer Erscheinungen und ihrer eigenen Therapie gleichwerthig an die Seite gestellt werden.

Zunächst gilt es den Begriff der Dilatation überhaupt festzustellen, und dazu gelangen wir am praktischsten, wenn wir die Grössenverhältnisse und das Fassungsvermögen des gesunden Magens berücksichtigen.

Nun wird freilich nicht jede unbedeutende Abweichung über die normale Grenze hinaus als Ektasie aufzufassen sein, da ja die Capacität selbst bei gesunden Individuen, wie uns die tägliche Erfahrung zeigt, beträchtlich schwanken kann.

Unter einer Dilatation verstehe ich also eine über gleich näher zu bestimmende Masse hinausgehende Magenerweiterung mit ihren eigenthümlichen Erscheinungen und Beschwerden.

Die in der Literatur genannten Capacitätsbestimmungen scheinen mir bei der enormen Weite ihrer Grenzen nicht sehr verwerthbar, so fasst nach Soemmering ein mit Wasser gefüllter Magen zwischen 5 und 11 Pfund d. h. $2\frac{1}{2}$ bis $5\frac{1}{2}$ Liter Wasser, während wir von Blumenthal das Erbrechen von 16 Pfund auf einmal als ein einzig dastehendes Ereigniss beschrieben finden. Den richtigsten Massstab für die Capacität des einzelnen menschlichen Magens gibt ein Gypsausguss desselben. Ich glaube dass das Fassungsvermögen des Magens in erster Linie von der grossen Dehnbarkeit seiner Wände, und erst in zweiter Linie von seiner vergrösserten Ge-

stalt, so lange sie uns noch nicht das Bild der Ektasie am Menschen bietet, abhängig ist.

Diese Ansicht finde ich durch die Wahrnehmung bestätigt, dass vollständig gesunde Menschen, denen nie etwas am Magen fehlte, bei einiger Uebung im Gegensatze zu anderen ebenfalls quoad Magen ganz gesunden Individuen, enorme Quantitäten von Speisen und Getränken aufnehmen können, ohne intra oder post vitam Anhaltspunkte für eine Ektasia ventriculi zu geben.

Es kommt demnach die thatsächlich vergrösserte Form des Magens in Betracht, und hiefür lassen sich im Vergleiche zum gesunden Magen durch die unter später zu erwähnenden Umständen vorgenommene Perkussion gewisse Grenzen finden, über die hinaus wir von einer Dilatation zu sprechen entschieden berechtigt sind. Auch das Mass mit der Sonde scheint mir wegen seiner geringen Schwankung verwerthbar.

Wenn wir beim Gesunden eine mit Mandrin bewaffnete weiche, oder eine harte Sonde einführen, so werden wir nach dem Eintritt in den Magen einen elastischen Widerstand fühlen, der uns anzeigt, dass wir mit der Sondenspitze auf der am tiefsten nach unten gerichteten Magengegend angelangt sind.

Messen wir nun die Länge der Sonde von dem gefensterten Ende bis zu der Stelle, wo sie von den Schneidezähnen berührt wird, so finden wir, wie massenhafte Sondirungen zeigen, die Länge dieses eingeführten Sondetheiles selbst zwischen grossen und kleinen Leuten verhältnissmässig sehr wenig, nämlich höchstens zwischen 57 und 60 Ctm. schwankend.

Perkutiren wir den Magen, nachdem er durch ein

Glas kaltes künstliches Selterswasser aufgebläht und deshalb der Perkussion leichter zugänglich ist, nach seinen unteren Grenzen, so finden wir den tieftympanischen Schall des Magens meist bis zur Mitte zwischen dem Ende des processus xyploideus und dem Nabel reichend, jedenfalls durchschnittlich 6 Ctm. oberhalb des Nabels.

Bei der Ektasie lässt sich die Sonde weit über 60 bis zu 75 Ctm. einführen. Die auf die angegebene Weise gefundene untere Perkussionsgrenze des Magens reicht bis zum Nabel und selbst darüber hinaus; in letzterem Falle ist die Ektasie ganz zweifellos. (Fall 8.)

Oft gibt der stark vorgewölbte Magen seine untere Grenze schon bei der Inspection zu erkennen.

Alle Fälle also, die beträchtlich von den eben angegebenen Normalgrenzen abweichen, gehören in das Gebiet der Ektasie.

Da bei der Aetiologie der Magenerweiterung einzelne Gesichtspunkte in Betracht kommen, die schon in den vorhergehenden Kapiteln der pathologischen Befunde der Magenerkrankungen erörtert wurden, werde ich hier nur die an den Magenwandungen bei Ektasie gemachten Beobachtungen anführen.

Anfangs ist nur der Blindsack, später erst der ganze Magen betroffen. Die Mukosa ist bald im Etat mamellonné und verdickt, bald glatt und verdünnt, besonders am Fundus.

Die Muskelfasern erscheinen unter dem Mikroskop meist normal, doch fanden Kussmaul und Maier auch fettige und colloide Entartung.

Die dem Magen benachbarten Organe sind aus

ihrer Lage gedrängt, der Darm nach unten, Leber und Milz nach oben; sie atrophiren zuweilen, wie auch die Bauchspeicheldrüse, wahrscheinlich in Folge des Druckes.

Eine konstante Lageveränderung finden wir am Pylorustheil. Die Pylorusgegend ist nicht mehr der tiefste Theil, wie im Normalzustand, sondern die *Curvatura major*, so dass der Pförtner steil nach aufwärts steht und dadurch das dem Pylorus zunächst gelegene, bewegliche Stück des Duodenum theilweise erweitert und schräg nach abwärts gezogen wird, während die *pars descendens duodeni* eine mehr horizontale Lage einnimmt.

Im Bezug auf die Entstehungsart lassen sich die Ektasieen in zwei Kategorien eintheilen: in Erweiterungen nach Stenosen und solche mit vollständiger Permeabilität des Pförtners.

In den meisten Fällen wird zwar der Zustand durch ein Zusammentreffen mehrerer die Dilatation begünstigender Momente bedingt sein, für die Magenerweiterung in Folge einer Pförtnerverengerung diese aber stets die Hauptsache bleiben.

Für das Zustandekommen einer Dilatation nach eingeschränkter oder vielleicht ganz behinderter Durchgängigkeit des Pylorus haben wir ganz plausible und auch allseitig anerkannte Gründe; weniger einfach gestaltet sich die Aetiologie für jene Fälle, wo eine Verengerung des Magenausgangs nicht nachgewiesen werden kann.

Wenn die Ausgangsöffnung des Magens verkleinert ist, so ist der Austritt der Ingesta erschwert und dieselben sammeln sich mehr an als unter normaler Per-

meabilität des Pylorus, wodurch naturgemäss der Hohlraum des Magens eine grössere Ausdehnung annehmen muss, wenn die genossenen Speisen nicht nach der anderen Seite hin d. h. durch Erbrechen entleert werden.

Aber auch nach der Richtung des Pylorus hin wird sich der Magen Luft zu verschaffen suchen, und um den gegebenen Widerstand zu bewältigen, verdoppelt arbeiten, so dass die Folge eine Hypertrophie der Muskulatur sein wird, gerade wie bei anderen Hohlorganen auch.

Es gibt noch einen dritten Weg die Pfortnerverengerung zu compensiren, und das ist eine erhöhte Verdauungs- und Resorptionsthätigkeit.

Treten nun die hier aufgeführten Möglichkeiten zur Ausgleichung der Stenose nicht ein, so wird daraus eine bleibende Ektasie die Folge sein.

Sind die Brechbewegungen nicht energisch genug, wie dies ja sehr individuell und wohl auch durch mangelnde Reizbarkeit der Nerven bedingt sein kann, so bleibt ein Theil der Ingesta im Magen liegen und kann die nach den gewaltigen Contraktionen post vomitum erschlafften Wandungen hinabziehen und ausdehnen.

Aber auch die hypertrophischen Muskeln werden erlahmen und schlaff werden, und aus einer Hypertrophie wird durch Degeneration schliesslich eine Atrophie werden, wenn die Arbeitsleistung in einem dauernden Missverhältniss zu den zu überwindenden Schwierigkeiten steht. Dadurch aber, dass die Magenwandung schliesslich hinfällig und atrophisch wird, ist auch die Digestions- und Resorptionsfähigkeit vermindert, und das dritte Compensationsmoment fällt von selbst weg.

Begünstigend für die Unmöglichkeit des längeren Fortbestandes der Ausgleichung sind unmässige und häufig wiederkehrende Ueberladungen des Magens und der Genuss absolut unverdaulicher oder doch schwer verdaulicher Dinge.

Deshalb findet man auch Magenerweiterung verhältnissmässig häufig bei Polyphagen und Gauklern, die unverdauliche Sachen verschlucken, obwohl dies nicht immer zutrifft. Ich sah bei der Obduction eines Mannes, der in seinem Leben als „Esskünstler“ berüchtigt war, einen ganz normal grossen Magen ohne Hypertrophie.

Der Befund Diemerbröck's an einem Fressermagen mit äusserst hypertrophischen Wandungen bestätigt nur die Ansicht über eine mögliche Compensation ohne Ektasie. Die gefundene Hypertrophie und Schlaffheit sind nur Phasen ein und derselben Krankheit, und selbstredend werden Hypertrophien in jenen Regionen am stärksten getroffen werden, wo schon normal stärkere Muskulatur ist, z. B. am Pylorus, und Atrophie da, wo Zug und Spannung am meisten einwirken kann, am Fundus und der Curvatura major.

Eine wichtige Rolle spielt hiebei auch der Zustand des Individuums. Bei schwächlichen, körperlich reducirten Leuten wird es überhaupt nicht zur Hypertrophie kommen.

Diese Verengerung des Pförtners kann zur Ursache haben: Geschwülste und Neubildungen an Organen in der unmittelbaren Umgebung desselben, die durch Druck das Lumen des Pförtners verengern; dann Erkrankungen und Neubildungen in der regio pylorica selbst.

Die gewöhnlichste Veranlassung sind das Carcinom, das Ulcus oder Ulcusnarben, oder die Hypertrophie der Pylorusgegend bei chronischem Magenkatarrh, die eine über einen Centimeter starke Masse darstellen und dadurch beträchtliche Verengerung herbeiführen kann.

In einem Falle sah Pauli congenitale Stenose des Pylorus.

Sehen wir uns nun nach den Ursachen jener Dilatationen um, die ohne Pförtnerstenose einhergehen.

Nach Andrel kann eine Vergrösserung des Magens angeboren vorkommen.

Gewohnheitsmässiges Ueberladen mit schwer verdaulichen Speisen und Getränken kann gewiss auch ohne das Vorhandensein einer Stenose Veranlassung zur Dilatation werden, weil durch die tägliche und langandauernde Dehnung und Zerrung der Magenwände diese so nach unten gezogen werden, dass trotz der Durchgängigkeit des Pylorus die Speisen nicht mehr vollständig in den Darm geschafft werden. So sehen wir Magenweiterungen auch bei Diabetikern, die an Gefrässigkeit leiden.

Eine Dilatation kann auch entstehen nach acuten fieberhaften Krankheiten, bei denen schon als Consequenz des Fiebers Verdauung und Resorption beeinträchtigt ist, und die die Gesamtternährung zurückbringen. So beobachtet man die Krankheit nach Cholera, Puerperalfieber, Typhus etc.

Aber auch chronische Krankheiten, bei denen schliesslich ein mangelhafter Tonus der Magenmuskulatur eintritt, wie Anämie, Chlorose und Tuberkulose etc., können Veranlassung zur Ektasie werden.

Durch mechanische Insulte, die Lähmungen verursachen, so nach Traumen kann Magenerweiterung entstehen; auch Peritonealexsudate können durch Druck Dilatation herbeiführen. So wird sie auch nach Gehirn- und Rückenmarksleiden, nach Verwachsungen (und dadurch hervorgerufenen Verzerrungen) mit der Bauchwand, dem Zwerchfell, Leber, Darm, nach Brüchen etc. gesehen. Auch durch Parese der Magenwandungen kann Ektasie entstehen. Bei Hypochondrie und Hysterie findet man auch Dilatation, doch macht Leube mit Recht geltend, dass diese Zustände eher Folgen der Magenerweiterung seien.

Nun gibt es aber auch Fälle von Ektasie, bei denen alle hier angeführten Gründe und auch die Stenose wegfallen. Wie erklären sich diese?

Ich hatte während des verflossenen Sommers mehrmals Gelegenheit, Kranke mit Magenerweiterung wochenlang zu beobachten, bei denen auch bei aller Sorgfalt jeder der aufgezählten Anhaltspunkte fehlte. Bei der gewiss nicht selten vorkommenden Krankheit (von 39 in der Anstalt behandelten litten 4 an Gastrektasie) und dem massenhaften Hierherkommen von Magenkranken aller Art wird sich mir sicherlich noch oft Gelegenheit bieten, solche Fälle zu sehen.

Bei der Betrachtung solcher Kranken überhaupt, abgesehen von den erwähnten Patienten, können nach meinem Dafürhalten zwei Momente in Betracht kommen. Leube erklärt derartige Zustände durch mangelhafte Saftproduction und ungenügende Resorption der fertig gebildeten Peptoren, woraus ja auch übermässige Anhäufung von Mageninhalt entsteht, bei dessen abnormer

Zersetzung Gasbildung stattfinden kann wie beim chronischen Katarrh.

Die Ektasie ohne gleichzeitig vorhandenen Katarrh, Geschwür, oder Carcinom als Grundlage, ich möchte sie die genuine Magenerweiterung nennen, wie sie ganz zweifellos vorkommt, lässt sich wohl auf folgende Weise erklären:

Der Magensaft wirkt fäulniss- und gährungswidrig, Letzteres aber nur in beschränktem Masse. Auch bei normaler Verdauung bildet sich unter Einwirkung des Milchsäurefermentes, das wie andere Fermente von aussen in den Magen gelangt, durch einen Gährungsprocess aus den Kohlehydraten Milchsäure.

Es könnten aber Verhältnisse eintreten, wo diese normale Gährung grössere Dimensionen annähme. Das wäre möglich, wenn die Kohlehydrate entweder längere Zeit im Magen verweilten, so dass das Ferment länger einwirken müsste, oder wenn dieselben in stärkerem Verhältniss als die übrigen Nahrungscomponenten aufgenommen wären, so dass das Ferment und mithin die Gährung ein weiteres Feld ihrer Wirksamkeit bekämen.

Die Zeit der Magenverdauung schwankt bei den einzelnen Individuen, auch wenn sie nicht magenkrank sind, und die Sekretion normal ist, zwischen weiten Grenzen. Das kann aber, wie Frerichs, Bidder und Schmidt in ihren Arbeiten zeigen, nicht nur durch pathologisch-anatomische Veränderungen des Magens bedingt sein, sondern auch durch veränderte funktionelle Drüsensekretion, die unter dem Einfluss des Nervensystems steht.

Gewiss gibt es auch bei dem einzelnen Individuum

Abweichungen in Bezug auf die Quantiät der zur Verdauung nöthigen Sekrete, wie schon das Mengenverhältniss der abgesonderten Salzsäure bei jedem Verdauungsakt schwankt und namentlich gegen Schluss der Magenverdauung stärker wird.

Ganz abgesehen aber von diesen bei Einzelnen jedenfalls differirenden Quantitäten von Salzsäure und Pepsin ist auch die funktionelle Ausscheidung eines anderen, für die Verdauung wichtigen Sekretes, ich meine den Speichel, bei den Menschen sehr verschieden, indem die Drüsen Einzelner wenig, die Anderer beim Essen enorme Quantitäten Speichel absondern, die den Säuregehalt des Magens beeinträchtigen und dadurch Gährungsprocesse begünstigen können.

Es ist also nicht unmöglich, dass bei Leuten mit verlangsamter Verdauungszeit, ohne dass sie krank sind, Kohlehydrate länger im Magen verweilen, als gewöhnlich, und ausgedehntere Gährungsvorgänge stattfinden können, zumal Richet eine Verminderung der Salzsäure nach einem Kohlehydrate, dem Rohrzucker, constatirte.

Unter solchen Umständen würde sich mehr Milchsäure und aus dieser überschüssigen Milchsäure wieder durch weitere Gährung Buttersäure unter Entwicklung von Kohlensäure und Wasserstoff bilden.

Die reichliche und wiederholte Production solcher Gase aber, wenn sie nicht oder doch nur zum kleinen Theil durch Ructus oder in den Darm entleert werden, kann eine Aufblähung und Ausdehnung der Magenhöhle veranlassen. Dauern nun diese Missverhältnisse lange Zeit fort, so kann durch die langwierige und starke Aufblähung des Magens schliesslich eine Re-

laxation seiner Wände eintreten, die eine Rückkehr zum ursprünglichen Volumen erschwert, oder sogar unmöglich macht.

Die Beobachtung, dass der Genuss gewisser, auch im gewöhnlichen Leben schon als blähend bezeichneter Gemüse, dann der Genuss nicht genügend ausgegohrener Getränke, wie junges Bier, oder noch gährender Flüssigkeiten, wie Most, der überdies nach Voit ausser Tokayer am reichsten an Kohlehydraten ist, Blähungen, sogar sichtbare Auftreibungen des Magens, auch bei vollständiger Integrität desselben, veranlassen, spricht für die Möglichkeit dieser Ansicht.

Die tägliche Erfahrung aber lehrt, dass daraus keineswegs stets Magenkatarrhe entstehen. Bei längerer Fortdauer der besprochenen Momente scheint mir die Möglichkeit einer Dilatation, basirend auf Gährungsprocessen ohne gleichzeitigen Katarrh, Ulcus oder Carcinom nicht von der Hand zu weisen.

Und in der That zeigten die Fälle 10 und 19 auch nie bei der Ausspülung und selbst Auspumpung, die 6, 7 und 12 Stunden post coenam vorgenommen wurden, irgendwie nennenswerthe Spuren von unverdauten Speiseresten, wie sonst regelmässig beim Katarrh, sondern sie waren von Anfang an ganz rein, aber durch Galle grünlich-gelb gefärbt.

Von den subjectiven Symptomen der Gastrektasie scheint mir das von den meisten Kranken wahrgenommene unbehagliche Gefühl der Völle und Schwere relativ wichtig zu sein. Viele empfinden das Vollsein so lebhaft, dass sie sich der Kleider zu entledigen gezwungen sind. Es ist ihnen dabei, als hinge ein schwerer Sack

im Leibe, der immer nach unten zieht; dabei besteht sehr oft Sodbrennen, das sich zu solcher Heftigkeit steigern kann, dass der Kranke ganz deprimirt wird. (Siehe Fall 8.) Auch Schmerzen treten auf, oft bohrend und nagend. Sie kommen aber eher dem zu Grunde liegenden Uebel, Ulcus, Carcinom etc., als der Ektasie selbst zu. Ueberhaupt darf nicht vergessen werden, dass es auch Leute mit beträchtlicher Dilatation gibt, die gar keine Beschwerden fühlen.

Ein weiteres Symptom ist häufiges Kollern und Poltern im Unterleibe. Wenn auch zugegeben werden muss, dass dies sich auch bei ganz Gesunden findet, so zeichnen sich doch die Kranken dadurch aus, dass sie diese Geräusche durch Contraktionen der Bauchpresse eigenmächtig hervorrufen können, wie ich das öfter zu sehen Gelegenheit hatte.

Wie bei allen Magenkrankheiten begegnen wir auch hier den verschiedenen Appetitstörungen, die zwischen vollständigem Appetitmangel, verminderter Esslust und Gefrässigkeit schwanken. Freilich ist da oft schwer zu entscheiden, ob die Gefrässigkeit noch Ursache oder schon Folge der Dilatation ist. Manche Kranke haben Appetit, essen aber nicht aus Furcht vor dem so unbehaglichen Völle- und Schweregefühl.

Constant ist das Aufstossen von geruchlosen, aber auch übelriechenden Gasen (siehe Fall 10) vorhanden. Auch brennbare Gase wurden beobachtet. Die gewöhnlichen Gase sind: Sauerstoff und Stickstoff, dann die aus der Buttersäuregährung entstandenen Kohlensäure und Wasserstoff und endlich Kohlenwasserstoff.

Neben diesem Aufsteigen von Gasen findet man

häufig das Herauftreten von bitteren und saueren Flüssigkeiten, so dass die Kranken über Stumpfwerden der Zähne klagen. Hinabgeschluckter Speichel bildet den Reiz für den Ructus, der die gleichzeitig secernirte Magensäure mit heraufreisst.

Ein beachtenswerthes Symptom ist ferner das Erbrechen, namentlich wenn es in enormen, der Dilatation entsprechenden Quantitäten, oder oft zwangslos mehr wie ein Ueberlaufen (siehe Fall 8) geschieht. Das zeitliche Auftreten ist sehr schwankend und bietet nichts Charakteristisches. Meist fühlt sich der Patient nach dem Brechen erleichtert, und zwingt sich desshalb bei starken Beschwerden zum Erbrechen. Das Erbrochene zeigt in seinen einzelnen Bestandtheilen nichts Abweichendes von dem bei chronischem Katarrh zu Tage Geförderten; es enthält neben unverdauten, oft vor langer Zeit genossenen Speisen, Schleim und Speichel meist Galle, die eine gelbbräunliche Farbe bedingt und bei der schon erwähnten Lageveränderung des Duodenum leicht verständlich ist, ferner Milchsäure und Essig- und Buttersäure. Der namentlich bei der morgendlichen Ausspülung oft reichlich zu Tage geförderte glasige Schleim ist entweder das Product der kranken Schleimhaut, oder er rührt von schleimiger Gährung der Kohlehydrate, sowie von den Producten der Essig- und Fettsäuregährung her (Frerichs). Der Geruch ist stark sauer, mitunter ranzig; die Reaktion meist sauer, doch auch neutral, ja alkalisch (Leube).

Beachtenswerth sind die drei Schichten, in denen sich das Erbrochene zu setzen pflegt; die oberste Schicht ist schaumig und blasig, vom Aufsteigen der Gase aus

den tieferen Schichten herrührend, die 2. ist eine trübe, gelbliche Flüssigkeit, und unten endlich pflegt ein flockiger, graubräunlicher Bodensatz zu liegen. Fast constant werden *Sarcina ventriculi*, meist auch Hefenpilze gefunden. Unter dem Mikroskope sieht man Fettsäurenadeln. Die Kranken empfinden oft Abnahme ihrer Körperkräfte und sind in gedrückter, hypochondrischer Stimmung, zumal bei lange bestehenden Leiden.

Fast immer besteht Stuhlverstopfung, die leicht erklärlich ist aus dem mangelhaften Chymusübertritt in den Darm und dem häufigen Erbrechen.

Bezüglich der objectiven Symptome sind wir bei keiner Magenkrankheit so gut gestellt, wie bei der Dilatation.

Bei der Aspection des Abdomens finden wir oft den ganzen Unterleib bis zum Nabel hin, und noch weiter, stark aufgetrieben. Diese Auftreibung findet sich mehr auf der linken Körperhälfte und wechselt ihre Gestalt, wenn sich der Patient zur Seite dreht. Oft ist sogar die *Curvatura major*, weniger leicht die kleine Krümmung, sichtbar, doch gehören dazu immer magere Bauchdecken. Zwischen diesen beiden sichtbaren Krümmungen sieht man zuweilen von links oben schräg nach rechts unten ziehende, wellenförmige Bewegungen, die auf elektrischen Reiz noch deutlicher werden und vom Magen herrühren, obwohl auch hier Täuschungen mit vorliegenden und sich bewegenden Darmschlingen, wie Leube zeigt, unterlaufen können.

Diese meist sichtbare Vortreibung des vergrösserten Magens lässt sich durch ein eingenommenes Brausepulver noch deutlicher machen.

Bei der Palpation findet man eine weiche, elastische, oder besser luftkissenartige Resistenz und meist auch Fluktuation.

Bei der Succussion hört man klatschende, schwappelnde Geräusche, die mit grosser Intensität und Regelmässigkeit im Gegensatz zum Gesunden vor sich gehen. Oft können die Patienten solche Schwappelgeräusche durch Bauchmuskelcontraktionen im Stehen und bei Lageveränderung weithin vernehmbar machen; manchmal hört man solche Geräusche regelmässig mit der Athmung, dem Auf- und Absteigen des Zwerchfells einhergehen.

Bei der Auskultation vernimmt man neben diesen Geräuschen, wenn man das Stethoskop aufsetzt, öfters brausende, knisternde, singende Geräusche „wie wenn man das Ohr an eine entkorkte Selterswasserflasche hält.“

Schon Eingangs dieses Kapitels wurde der Perkussion und Sonde zur Bestimmung der Magendilatation gedacht. Sie sind die besten diagnostischen Hilfsmittel. Es wird aber nicht zur absolut sicheren Diagnose genügen, die Perkussion nur einmal vorzunehmen, sondern dieselbe muss öfters und in den verschiedensten Lagen bei mit Speisen gefüllten, oder künstlich aufgetriebenen Magen geübt werden.

Unter den Methoden, die Perkussionsgrenzen des erweiterten Magens leichter und sicherer zu bestimmen, ist die von Piorry sehr zu empfehlen, wie sie auch Penzoldt bei seinen Versuchen handhabte.

Der nüchterne Patient trinkt eine entsprechende Quantität Wasser, und aus der dadurch entstehenden

Dämpfung im tiefstgelegenen Magenabschnitt lässt sich leicht die untere Grenze der Dilatation bestimmen. Beim Gesunden erscheint dieser Dämpfungsstreifen regelmässig 5—8 Ctm. oberhalb des Nabels, während sie bei der Dilatation stets unterhalb dieser Grenze, meist unterhalb des Nabels selbst, getroffen wird. Noch deutlicher wird dies, wenn man bei gleichzeitiger Anwendung der Sonde diese Dämpfung durch Herausziehen der Flüssigkeit regelmässig verschwinden lassen kann.

Eine weitere, vorzügliche Methode ist die von Mannkopf geübte, der den Patienten ein Glas kaltes, natürliches Selterswasser vor der Untersuchung trinken lässt, so dass nicht nur diese durch das Wasser bedingte Dämpfung nach unten, sondern auch die von der Kohlensäure aufgetriebene Gesamtmagengegend leicht zu beobachten ist.

Sind die Bauchdecken dünn, wie dies bei lange bestehenden Ektasieen meist der Fall ist, so lässt sich die Spitze der eingeführten Sonde auch wohl von aussen fühlen. Trifft man diese aber unterhalb einer horizontalen zwischen den beiden Spinae ossis ilei anteriores superiores, so ist die Gastrektasie über jeden Zweifel erhaben. Recht wenige Patienten, sowohl in Kliniken als in der Privatpraxis, werden sich aber zu diesem gewiss nicht angenehmen Versuche hergeben.

Bei noch gut erhaltenem Fettpolster aber kann uns die Sonde mit Mandrin bewaffnet und von den Schneidezähnen an beträchtlich über 60 Ctm. eingeführt, auch sichere Anhaltspunkte geben, indem ein Hingleiten

der Sonde längs der Magenwandungen wegen des Mandrins nicht möglich ist.

Das Aussehen der Patienten ist je nach der Intensität und Dauer des Leidens und auch des Grundleidens sehr verschieden. Oft sieht der Kranke ganz gut aus und scheint sich einer gewissen Wohlbeleibtheit zu erfreuen, bei näherer Untersuchung aber zeigt sich diese Fülle als eine Vorblähung des nach unten gesenkten Magens; das Epigastrium ist oft dabei eingezogen, das Fettpolster gering, namentlich an den Nates.

In anderen Fällen mit sehr langer Dauer oder carcinomatöser Ursache sieht der Patient marantisch, blass und hohläugig aus.

Schliesslich seien noch die von Kussmaul erwähnten tonischen und klonischen Muskelkrämpfe angeführt, besonders der Beugeseite an Armen und Beinen etc., die er aus einer abnormen Trockenheit des Muskel- und Nervengewebes herleitet, weil grosse Flüssigkeitsmengen im Magen unresorbirt bleiben.

Nach dem Gesagten ist die Diagnose nicht schwierig. Bei derselben ist stets Rücksicht auf die Ursache der Dilatation zu nehmen.

Neurosen des Magens.

Die Cardialgie.

Von den Neurosen des Magens können bei dem engen Rahmen dieses Buches nur diejenigen zur Besprechung kommen, die wir im Leben als die häufigsten kennen lernen, nämlich die Cardialgie und die nervöse Dyspepsie.

Der Begriff „Cardialgie“ ist ein weiter, wenn wir hieher alle cardialgischen Beschwerden rechnen. Schon bei jeder einzelnen Magenkrankheit sahen wir sie auftreten und haben sie als die Folgen der chemischen oder mechanischen, anormalen Reize bei den verschiedenen Erkrankungen betrachtet. Wie jeder Nerv ist aber auch der Magennerv nicht nur der chemischen und mechanischen, sondern auch der thermischen und elektrischen Reizung fähig, und können also das Verschlucken zu heisser oder kalter Speisen, zu starke elektrische Ströme etc., cardialgische Beschwerden hervorrufen.

Wir sind aber nicht berechtigt, hier von einer Cardialgie als einer Krankheit sui generis zu sprechen, da die Nerven überhaupt auf diese 4 Arten der Reizung

reagiren, diese Reaktion also nichts den Magennerven ausschliesslich Zukommendes hat.

Solche Folgezustände bezeichnen wir am besten als cardialgische Beschwerden, die aber den Reiz stets vom Magen aus empfangen.

Eine weitere Gruppe cardialgischer Beschwerden sind durch Reflex von erkrankten Nachbarorganen, oder vom Gehirn oder Rückenmark aus bedingt. In diese Kategorie sind die Cardialgieen bei Uterinleiden, Helminthen, Milztumoren, Gallensteinkolik und Verwachsungen der Därme nach Peritonitis zu zählen.

Die cardialgischen Beschwerden nach Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen äussern sich selten als cardialgische Schmerzen allein, sondern ungleich öfter als reflectorisches Erbrechen. Rein cardialgisch sind die bei Tabes als crises gastriques von Charcot geschilderten Schmerzen; ähnliche Gastralgieen kommen auch bei Spinalparalyse und Compressionsmyelites im Brustmarke vor.

Eine dritte Art der Cardialgie ist die bei Constitutionsanomalieen im weitesten Sinne des Wortes beobachtete. Hieher gehören die cardialgischen Beschwerden, wie sie bei Chlorose, Anämie im Pubertätsstadium und bei Reconvalescenten, Anämie nach erschöpfenden Krankheiten, ferner bei Arthritis, Malariaerkrankungen, Neurasthenie überhaupt, hervorgerufen durch psychische Aufregungen, angestrenktes geistiges Arbeiten, Ausschweifungen und Onanie, endlich bei Hysterie und Hypochondrie und zuweilen bei Lues getroffen werden.

Fassen wir nun alle drei Arten der Cardialgie zusammen, die übrigens, wie leicht denkbar, im prakti-

schen Leben unter sich oft gar nicht zu trennen sind, so scheint mir eine einheitliche Definition für das Wort Cardialgie unmöglich, und man wird am einfachsten zu der ätiologischen Erklärung greifen, und von einer Gastralgie sprechen, die sich als eine wesentlich auf die sensible Sphäre des Magens beschränkte übermässige Reaktion der Nerven nach abnormen Reizen im Magen selbst documentirt, oder die auf Reflexbahnen herbeigeführt wird.

Gastralgische Beschwerden, die nur durch Veränderungen oder Erkrankungen der Magenerven selbst erklärt werden können, so dass diese auf sonst normale Reize abnorm reagiren, geben das Bild der reinen Cardialgie.

Eine Unterscheidung zwischen Neuralgia coeliaca und Gastrodynia neuralgica ist bei dem Mangel der Kenntniss der Sensibilitätsverhältnisse des Vagus und Sympathicus unstatthaft.

Von der Hyperästhesie des Magens ist trotz ihrer Aehnlichkeit die Cardialgie zu trennen.

Das ätiologisch Bekannte ergibt sich aus dem Gesagten zum grossen Theil, und lasse ich deshalb die bei organischen Magenerkrankungen vorkommenden und schon erwähnten cardialgischen Beschwerden hier unerörtert.

Magenkrämpfe können hervorgerufen werden durch den Genuss mancher Eisenpräparate, von tartarus stibatus, Salmiak etc.

In England wird vielfach der übermässige Genuss von Thee und Kaffee als Ursache von Cardialgien angesehen.

Die bei starkem Rauchen auftretenden Cardialgieen werden von Einigen als Nikotinvergiftung aufgefasst, doch kann man auch die Cardialgie aus einem durch grosse Mengen verschluckten Speichels verdorbenen Magen herleiten. Dasselbe dürfte auch für die Gastralgieen nach intensivem Branntweintrinken gelten.

Narben von abgeheilten Geschwüren können durch Compression von einem Nervenaste Cardialgieen hervorrufen, ebenso benachbarte Geschwülste, wie Fibroide, Lipome, Myome, Sarcome, Papillome etc. etc.

Die Cardialgie bei Hysterischen ist wohl durch eine Ernährungsstörung der Magennerven, da ja das Nervensystem im Ganzen beeinträchtigt ist, verursacht, doch kann man sie auch als eine Reflexwirkung da ansehen, wo gleichzeitig Uterinleiden vorhanden sind. Auch die Magenkrämpfe bei Onanisten etc. werden wohl hieher bezogen werden müssen, einmal weil in vielen Fällen durch die fortgesetzten Ausschweifungen die Gesammternährung und mithin auch die Ernährung der Magennerven gelitten hat, und dann dürfen, wie Leube meint, auch ähnliche Empfindungsassociationen zwischen den Nerven der männlichen Genitalorgane und denjenigen des Magens angenommen werden wie beim Weibe. (Siehe Fall 9.)

Bei den nach Malariaerkrankungen auftretenden Cardialgieen ist es zweifelhaft, ob sie als eine Folge der toxischen Einwirkung des Malariagiftes aufzufassen sind, oder als eine Reizerscheinung, welche von den in der geschwellten und verdickten Milzkapsel verlaufenden, bei der Verdauung doch wohl häufig gezerrten Milznerven ausgeht, da Leute mit chronischen Milztumoren,

bei denen sonst keine Symptome von Malaria mehr da sind, häufig über cardialgische Schmerzen klagen, die auch bisweilen durch starken Druck auf die Milz hervorgerufen werden können. (Rosenbach.)

Pathologisch-anatomische Veränderungen an den Magennerven selbst wurden meines Wissens noch nicht nachgewiesen, doch hindert uns Nichts, bei den ganz reinen Cardialgieen eine ausschliessliche Erkrankung des Nervensystems anzunehmen, sei es eine einfache Ernährungsstörung, seien es degenerative Vorgänge oder Geschwulstbildungen am Nerven selber.

Die Gastralgie kommt hauptsächlich im jugendlichen und mittleren Alter vor, und scheint das weibliche Geschlecht mehr dazu disponirt. Häufig wird sie in Schweden und in Malariagegenden getroffen.

Der Symptomenkomplex der Cardialgie ist sehr wechselnd und irregulär. Manchmal zeigt sich eine gewisse Regelmässigkeit der Anfälle, so namentlich bei Gastralgieen neben Uterinleiden zu Zeiten der Menstruation und bei Malariaerkrankung.

Viele Cardialgieen, die ihren Grund in einem wirklichen Magenleiden haben, treten nach dem Essen auf. Mir ist eine Frau bekannt, bei der regelmässig die cardialgischen Anfälle Nachts auftreten.

Die Intensität ist sehr verschieden, und kann sich der Schmerz vom einfachen Drucke im Epigastrium bis zum Gefühl der Vernichtung, „als packten Krallen die Herzgrube“, steigern. (Romberg).

Ebenso variabel ist die Dauer des Anfalls, die zwischen wenigen Minuten und ganzen Stunden schwankt. Das Charakteristische ist das plötzliche, anfallsweise

Auftreten des Schmerzes, den der Volksmund sehr bezeichnend „Magenkrampf“ nennt.

Der Schmerz strahlt von der Spitze des Processus xypchoideus zu den Hypochondrien und Hypogastrien bis zur Blase und nach dem Rücken aus. Er ist reissend, und „wie tief in den Eingeweiden bohrend“ oder brennend. Er kann sich bis zur Ohnmacht und Convulsionen steigern.

Die Magengegend ist dabei meist gegen die Wirbelsäule hin eingezogen oder umgekehrt vorgetrieben. Hände und Füsse sind kalt, die Haut mit klebrigem Schweisse bedeckt, der Kranke sieht collabirt aus, sein Puls ist klein und aussetzend, öfters ist quälender Tenesmus vorhanden. Allmählig nimmt dieser Schmerzparoxysmus ab und endet mit Aufstossen von Gasen oder wirklichem Erbrechen, mit grosser Erschöpfung und dem Abgang reichlichen, hellen Urins.

Dieser typische Verlauf ist aber keineswegs stets beim Anfall eingehalten, oft ist er nur rudimentär und sich erst allmählig ausbildend.

Häufig gehen Vorboten voraus wie unangenehme Empfindungen in der Magengegend, die sich bald als Spannung oder Völle, bald als Zusammenlaufen von Speichel im Munde, Kopfschmerzen und Uebelsein äussern. Ist die Cardialgie von anderen Krankheiten abhängig, so zeigen sich, je nach dem Grundleiden, noch andere Erscheinungen, so Migräne, Globus, Anomalieen der Menses bei Hysterie, bei Chlorose Herzklopfen, Kurzathmigkeit, Supraorbitalneuralgien etc.

Häufig wird der Anfall mit Erbrechen eingeleitet oder endet damit, doch ist das mehr bei Gastralgien

auf Grundlage von Magenkrankheiten der Fall. Während der Attacke stellen sich oft die verschiedensten Mitempfindungen und Reflexbewegungen ein, Clavus, Harndrang, Heisshunger, Spinalirritation, Gähnen, Ructus und Contractionen der Bauchmuskul.

Die Diagnose der reinen, von keinem anderen Leiden abhängigen Cardialgie wird nicht oft und nur mit grosser Vorsicht zu stellen sein. Leichter ist die Erkennung der Krankheit, die aber dann nur Folgezustand ist, wenn man als ursächliches Leiden chronischen Katarrh, Ulcus oder Carcinom nachweisen kann. Auch bei Cardialgieen nach Constitutionsanomalien ist das Grundleiden, Anämie, Chlorose, Arthritis etc. etc. Hauptsache.

Nicht so einfach ist die Sache bei Chlorose und Anämie, wo gleichzeitig ein Ulcus vorhanden sein kann. Hier kommen beide Krankheiten in Betracht, und ist die Frage zu beantworten, welche der beiden die primäre ist.

Die schmerzhaften Empfindungen der Cardialgie können am leichtesten mit Schmerzen, die in den benachbarten Theilen entstehen, verwechselt werden. So sind Verwechslungen mit Intercostalneuralgieen, Rheumatismus der Bauchdecken und am leichtesten mit Gallensteinkolik möglich.

Der Unterschied von Intercostalneuralgieen zeigt sich uns am Besten bei Anwendung und geeigneter Applikation der Elektrizität. Werden die Intercostalnerven am Rücken elektrisirt, so schwinden die Schmerzen im Epigastrium, wenn es sich um Intercostalneuralgie handelt. Ausserdem findet man bei der Palpation des

Zwischenrippen-Raumes häufig Schmerzpunkte. Der Schmerz bei Gastralgie wird öfters durch Druck oder den Genuss fester Speisen gemildert.

Schwer wird die Unterscheidung bei Chlorotischen, da hier neben den dyspeptischen Erscheinungen gleichzeitig häufig wirkliche Intercostalneuralgien, die sich möglicherweise besonders gegen das Epigastrium hin äussern können, getroffen werden.

Von Rheumatismus lässt sich die Gastralgie meist schon durch das rasche, paroxysmenartige Auftreten gegenüber den oft Tage lang dauernden Schmerzen abtrennen. Auch hier gibt uns die Elektrizität wichtigen Aufschluss, da nach Application eines ziemlich starken Inductionsstromes der Schmerz bei Cardialgie in den Bauchdecken nach einigen Contractionen eine bedeutende Milderung oder gänzliches Aufhören zur Folge zu haben pflegt.

Die Verwechslung mit Gallensteinkolik ist besonders dann möglich und verzeihlich, wenn der Schmerz gerade im Epigastrium sitzt, die Gallenblase nicht durchföhlbar, und kein Ikterus vorhanden ist.

Nur eine längere und öftere Beobachtung kann da erst zur sicheren Diagnose föhren.

Die nervöse Dyspepsie.

Diese Krankheit ist eben so wenig „neu erfunden“, wie bei anderen Nationen etwas „längst Bekanntes“, denn so verdienstvoll auch die Beobachtungen der fremden Autoren sind, so sind sie doch nicht derartig präci-

sirt, dass man daraus ein klares Bild gewinnen könnte; es fehlt die Abgrenzung gegen andere dyspeptische Zustände, und sie sind von keinem einheitlichen Gesichtspunkt erfasst.

Freilich hielten einzelne Aerzte immer daran fest, dass es Dyspepsieen mit vorzugsweise nervösem Charakter gebe, und geht auch aus den gemachten Aufzeichnungen hervor, dass es nervös-dyspeptische Erscheinungen waren, allein ein von anderen dyspeptischen Beschwerden bestimmt abgeschiedener Krankheitsbegriff wurde nicht zu definiren versucht. An dem Gedanken einer nervösen Dyspepsie hing in Deutschland besonders Maas. Von den ausländischen Autoren sind hier namentlich Brinton, Habershon, Chamber und Chousel, dann Beard und Rockwell zu nennen.

Gewiss schwebte Vielen, die reichlich Beobachtungen an Magenkranken machen konnten, der Gedanke einer Magennervenerkrankung vor, aber sie säumten, dies klar auszusprechen und scheuten sich wohl auch. Denn als die pathologische Anatomie, zumal in Deutschland, die *conditio sine qua non* für den Begriff einer Krankheit wurde, war man verzeihlicher Weise vorsichtig, eine Dyspepsie auf rein nervöser Basis ohne das anatomisch-pathologische Substrat zu beschreiben, obwohl wir bei vielen anderen Neurosen nicht besser daran waren und sind. Ausser der von Jürgens mitgetheilten Degeneration des Meissner'schen und Auerbach'schen Plexus sind keine anatomisch-pathologischen Befunde da.

Solange wir kein Mittel hatten, den incorrekten Verdauungsvorgang bei organischen Magenerkrank-

ungen ad oculos zu demonstrieren, solange waren wir nicht im Stande, den Beweis zu liefern, dass die Verdauung normal vor sich geht, und die subjectiven und objectiven dyspeptischen Erscheinungen bei nervöser Dyspepsie also nicht auf einen katarrhalischen, carcinomatösen oder geschwürigen Process zurückzuführen sind. Erst seit die Sonde zur Diagnostik und Therapie beigezogen wurde, ist ein derartiger Beweis möglich.

Die Sonde war aber schon geraume Zeit im Gebrauch, und doch wurde es nicht versucht, Nachweise hierüber zu erbringen. Dies gethan zu haben ist das unbestreitbare Verdienst Leube's. Wenn sich auch aus dem Resultat der Magenausspülung kein ganz zwingender Schluss unter allen Umständen ziehen lässt, so finden wir doch, dass in der weitaus grossen Mehrzahl der Fälle reines Spülwasser getroffen wird. Die Möglichkeit individueller Schwankungen, selbst bei Magenkatarrhen ist nicht zu bestreiten, allein Norm wird hier die nachgewiesene vollständige Verdauung niemals sein, sondern nur Ausnahmezustand. Das Ausspülungsergebniss bei nervöser Dyspepsie als diagnostisch werthlos hinstellen, heisst, das Kind mit dem Bade ausschütten. Das Wesentliche ist, wann der Magen leer ist, denn er ist nicht blos eine Retorte, sondern kann resorbiren und den Mageninhalt jeder Zeit hinausschaffen.

Der Ausdruck *Dyspepsia nervosa* scheint mir, bis volle Klarheit erzielt ist, acceptabel, obwohl vielleicht die Worte *Neurasthenia gastrica*, *dyspeptica*, oder wegen des häufigen Zusammentreffens nervöser Magen-erscheinungen mit nervöser Enteropathie, *Neurasthenia vago-sympathica* bezeichnender sind.

Am Namen liegt weniger. Daran fehlt es nach meinem Dafürhalten in der Medicin gerade nicht, und recht viele sind nicht vollkommen bezeichnend, so dass es als ein müssiger Streit erscheint, andere aufzusuchen, statt vorerst die Bezeichnung gelten zu lassen, die Der gewählt, der überhaupt in Deutschland dem Begriff „nervöse Dyspepsie“ erst recht Bahn brach.

Leube findet das Charakteristische der Krankheit in dem offenbaren, grossen Missverhältniss zwischen den grossen subjectiven Beschwerden des Patienten und dem objectiven Resultat des Verdauungsaktes. Die nervöse Dyspepsie im strengen Sinne Leube's ist eng begrenzt und kaum sehr häufig, aber zweifelsohne als selbstständige Krankheit von Vielen beobachtet.

Auch hier muss man, wie ich meine, zwischen nervös-dyspeptischen Erscheinungen centralen Ursprungs und vom Rückenmark her, als Symptomen oder Folgezuständen anderer Grundleiden, und der wahren eigentlichen, nur auf eine Magennerverkrankung zurückzuführenden und erst von dieser aus sich secundär auf die übrige Nervenwelt äussernden Dyspepsia nervosa nach Leube's Ansicht unterscheiden.

Die wahre nervöse Dyspepsie ist also als eine Hyperaesthesia der Magenerven aufzufassen, die nicht durch anormale, sondern normale Reize bedingt ist.

Es ist eine bekannte Thatsache, dass von manchen Leuten, die keineswegs Magenkrankesind, nach stärkeren Mahlzeiten, bei denen sie nur wenig über ihre gewöhnliche Grenze hinausgegangen sind, leichte Erregtheit, Blutandrang nach dem Kopf, Empfindung von Völle, leichte Dyspnoë, Abneigung gegen geistige Arbeit,

Schläfrigkeit und eine gewisse Müdigkeit in den Beinen, beobachtet werden.

Diese Erscheinungen können nur als eine Wirkung des Verdauungsaktes auf das Nervensystem angesehen werden, die entweder von den chemischen Umsetzungen während der Verdauung oder von dem rein mechanischen Effekt der Speisezufuhr herrührt.

Analog der Resorptionsfähigkeit des Magens von abnormen Verdauungsprodukten, die einer Art Intoxikation des Centralnervensystems gleichkäme, und wie sie von Senator in einem Falle von acutem Magenkatarrh beobachtet wurde, könnten wir eine Resorption normaler Umsetzungsprodukte während der Verdauung annehmen, die auf das Nervensystem einen, die oben erwähnten Unbehaglichkeiten verursachenden Reiz ausüben würde.

Wären diese Erscheinungen nur Folgen der stattgehabten Resorption, etwa von der normalen Milchsäure, so müssten diese Zustände erst während der Verdauung auftreten, während wir sie meist unmittelbar nach der Mahlzeit sehen, und unmöglich könnten sie nach einem kurzen Mittagschläfchen oder einer Tasse Thee schwinden.

Leube glaubt deshalb die Ursache solcher Störungen in dem direkten mechanischen Reiz suchen zu müssen, der die Magennerven beim Beginn der Verdauung trifft. „Die unvermittelte Aufnahme der vollen Thätigkeit des Magens beim Eintritt desselben in die Verdauung wird nicht ohne mächtige Rückwirkung auf die Magennerven in specie, und secundär auf das Gesamtnervensystem bleiben.“ Wahrscheinlich spielt

neben der plötzlichen Veränderung der Blutvertheilung die mechanische Dehnung und Reizung der Wände des Organs eine wichtige Rolle. (Leube.)

Mayer und Pribram gelang es experimentell durch mechanische Reizung der Magenwand, Veränderungen des Blutdrucks hervorzurufen. Jedenfalls spielen diese Druckschwankungen bei der Nervenreaktion mit.

Treten nun solche Erscheinungen mit grosser Intensität nach normaler, nicht übermässiger Nahrungsaufnahme regelmässig auf, so ist der Zustand ein krankhafter und dokumentirt sich als eine reine Dyspepsia nervosa. Aber auch bei nüchternem Magen, also unabhängig von der Verdauung sehen wir solche Zufälle.

Es ist aber auch eine unleugbare Thatsache, dass umgekehrt unsere Verdauung enorm unter dem Einfluss des Centralnervensystems steht. Ich führe hier nur die Einwirkung von Schreck, Angst, Kummer, quälender Sorge, Freude, angestrenzter geistiger Arbeit, kurz vielerlei psychischer Einflüsse etc. auf Appetit und Verdauung an! Hier geht der Weg des Reizes vom Gehirn zum Magen, und wir haben es mit einer Reflexwirkung zu thun, und können derartige Zufälle als eine Art acuter, nervös-dyspeptischer Erscheinungen auffassen. Die Arbeiten Richter's, Nothnagel's, Eulenburg's, Charcot's, Brown-Séquard's, Schiff's und Leyden's berechtigen uns zu dem Schlusse, dass die unteren Cervical- und oberen Dorsaltheile des Rückenmarks in Bezug auf central bedingten Sitz von Magenleiden von Wichtigkeit sind. Erkrankungen des Gesamtnervensystems, wie Psychosen, Hysterie, Hypochondrie und Neurasthenie können nervös-dyspeptische Erscheinungen veranlassen.

Freilich kann auch das Verhältniss ein umgekehrtes sein, der Kranke kann unter dem langen Einfluss des Magenleidens und in Folge der mangelhaften Verdauungsstörungen in seinem Nervensystem erfahren haben, d. h. er kann Neurastheniker oder Hypochonder geworden sein.

Von nervös-dyspeptischen Erscheinungen müssen wir ferner reden, wenn die Magennerven erst neurasthenisch unter dem langwierigen, schädlichen Reiz bei chronischem Katarrh, Ulcus, Carcinom und Ektasie geworden sind. Auch hier ist Ursache und Wirkung nicht zu verwechseln. Ist jedoch der primäre krankhaft katarrhalische Zustand der völligen Heilung gewichen, so kann, glaube ich, als Folge des ersten Leidens allerdings eine reine nervöse Dyspepsie zurückbleiben, die vielleicht die abweichenden Ausspülungsergebnisse erklärt.

Nervös-dyspeptische Erscheinungen sehen wir auch auf septischer Basis durch Infection, bei Uraemie, Nicotinintoxication, Intermittens und, wie Senator berichtet, bei Wanderniere. Letzteres beobachtete ich selbst. (Siehe Fall 11.)

All die nervös-dyspeptischen Erscheinungen, wie sie bei den angeführten Eventualitäten auftreten können, unter dem Namen Dyspepsia nervosa zu subsummiren, ist nicht möglich, und sind deshalb die gelegentlich des letzten medicinischen Congresses erhobenen Bedenken gegen diesen Ausdruck erklärlich. Gegen die Existenz der Dyspepsia nervosa ist kein Beweis erbracht.

Die Aetiologie der primären, oder besser gesagt, reinen Dyspepsia nervosa ist noch nicht geklärt. Was wir darüber wissen, habe ich in der angeführten Aus-

führung Leube's hier schon erwähnt. Wir müssen uns demnach jene Beschwerden gesteigert und mit einer gewissen Regelmässigkeit bei Magenkranken wiederkehrend denken, bei denen keine Strukturerkrankung als Ursache nachweisbar ist.

Der Zustand ist offenbar der einer gesteigerten Empfindlichkeit, einer Hyperästhesie nach sonst normalen Reizen. Nach Leube's Ansicht ist das von dem rein mechanischen Akte der Speiseaufnahme abhängig, denn die chemische Arbeitsleistung kommt bei dem nervösen Dyspeptiker schon um dessentwillen weit weniger in Betracht, weil der Genuss mancher reizenden Speisen wie Meerrettig etc. oft nicht nur keine Beschwerden macht, sondern selbst ein peinliches Einhalten von Nahrungsmitteln, die durch Ausspülungsresultate als zweifellos sehr leicht verdaulich angenommen werden müssen, durchaus keine wesentliche Aenderung oder Besserung bei dieser Magenneurose hervorzubringen pflegt. Wesentlich leichter werden derartige Zustände da Platz greifen, wo das Gleichgewicht des Nervensystems überhaupt ein labiles ist.

Im Leben spielen bei der Magenverdauung viele Faktoren mit, die wir experimentell gar nicht reproduciren können, drum sind zu weit gehende Schlüsse über mögliche Anormalitäten des Chemismus verfrüht. Das zeitliche Ausspülungsresultat bei nervöser Dyspepsie spricht viel eher für chemisch-normale Funktionen. Würde der Chemismus die erste Rolle spielen, so wären die beobachteten nervös-dyspeptischen Erscheinungen bei nüchternem Magen, wo er doch chemisch unthätig ist, unmöglich.

In einer besseren Lage bezüglich der Aetiologie

sind wir bei der Erklärung der nervös-dyspeptischen Erscheinungen.

So ist es einleuchtend, dass einwirkende Reize, wie sie bei Strukturerkrankungen des Magens chemisch durch abnorme Verdauungsvorgänge und mechanisch durch Dehnung und Zerrung der Wände oder Druck von Narben direkt auf einen Nervenzweig vorkommen, eine Ueberreizung und schliessliche Schwäche, eine Neurasthenie des Magennervensystems, hervorrufen können.

Wir haben gesehen, wie psychische Zustände von einschneidender Wirkung auf die Verdauungssphäre sind, und bei einer längeren Andauer und Einwirkung derselben ist es leicht denkbar, dass das Nervensystem überhaupt, und somit auch die Magennerven eine solche Schwächung und Reizbarkeit erfahren, dass sonst vorübergehende Verdauungsanomalieen allmählig bleibende werden. Mit anderen Worten, es wird aus dem acuten ein chronischer Zustand, der sich dann mit all jenen Erscheinungen von Seiten des Magens dokumentirt, wie wir sie bei der nervösen Dyspepsie zu sehen gewohnt sind. Von der Gesamtwiderstandsfähigkeit des Individuums gegen solche psychische Eindrücke hängt dann die Möglichkeit der Entwicklung der Krankheit ab.

Ueberanstrengung des Verstandes, Ueberbürdung mit Geschäften, oder bei Einem, der an starke geistige Arbeit gewöhnt war, umgekehrt plötzlicher und andauernder Mangel daran, weitgehende Speculationen, verwickelte Processe, Vermögensverluste, rastlose Vergnügungen, kurz eine Menge Momente, die das Denkvermögen des Individuums energisch anregen und schliesslich ganz erfüllen, können Störungen im Magennerven-

gebiete hervorrufen und zu den Symptomen der Krankheit führen. Drum finden wir das Leiden weit häufiger in grossen Städten, wo sich das geistige Leben concentrirt und oft zu Ausschreitungen führt, als auf dem platten Lande.

Aber auch Niederstehende mit dem energischen Willen und dem krampfhaften Ehrgeiz, sich von unten hinauf zu arbeiten, um die ihnen vorschwebende, sociale Stellung zu erobern, sind unter Umständen Candidaten der *Dyspepsia nervosa*. So hat diese Krankheit entschieden ihre grösste Verbreitung in dem hastig-streb-samen Amerika, was uns Beard und Rockwell bestätigen, obwohl ich hier gleich bemerken muss, dass der Amerikaner Vieles zu dem Begriffe der nervösen Dyspepsie subsummirt, was wir als chronische Magenleiden mit consecutiven Aeusserungen auf das Nervensystem betrachten müssen. So hatte ich selbst mehrfach Gelegenheit, hinter der „nervous dyspepsie“ einiger Amerikaner ganz gediegene Magenkatarrhe zu finden.

Wirkliche Psychosen haben auch nervös-dyspeptische Erscheinungen zur Folge, doch gehört das nicht hieher.

Bei der Hysterie und Hypochondrie, mit ihren Perversitäten des Gefühlslebens kann selbstredend gleichzeitig Hyperästhesie der Magennerven vorhanden sein. Hier wirft sich uns oft die Frage auf: sind diese Krankheiten Folgen der bestehenden *Dyspepsia nervosa* oder Ursachen? Beides kann der Fall sein, und nur eingehende Beobachtung kann erst zur richtigen Erkenntniss führen.

Reflexreize, durch Uterus- und Ovarienleiden,

durch Knickungen und Biegungen der Mutter bedingt, können nervös-dyspeptische Erscheinungen hervorrufen, und diese schliesslich so in den Vordergrund drängen, dass sie als Hauptleiden erscheinen. Auch beim Manne sind wir in vielen Fällen gezwungen, an eine Rückwirkung von den überreizten, neurasthenischen Genitalorganen auf die Magennerven zu denken. So sehen wir diese Magen-neurose bei Ausschweifenden und Onanisten auftreten.

Auch intensive und lang dauernde Reize von den Darmnerven auf die Magennerven übertragen, wie beispielsweise bei Helminthen, können schliesslich Ursache solcher Erscheinungen werden.

Oft sind erschöpfende Krankheiten, die das Gesamtnervensystem schwächen, der Grund der Dyspepsia nervosa. So tritt sie nach schweren Typhen, Puerperalfiebern, Erkrankungen mit langwieriger Eiterung etc. auf.

Constitutionsanomalien im weitesten Sinne des Wortes wie Anämie, Chlorose, Malaria, Syphilis etc. können die Entwicklung der Magen-neurose bedingen. So ist die nervöse Dyspepsie namentlich oft mit den beiden ersten Krankheiten anzutreffen. Zweifellos steht sie in Beziehungen zur Lues. So sah ich in 3 Fällen bei dem Auftreten von syphilitischen Recidiven nervös-dyspeptische Beschwerden auftreten, die bei Behandlung des Grundleidens regelmässig schwanden, und die nachweisbar nicht auf einer Magenerkrankung basirten.

Auch allgemeine Nervenschwäche, Neurasthenie kann sich zuerst im Magen anzeigen, wie wir von Burkart und Hutchinson wissen. Langdauernde, aber

doch endlich zur Heilung gekommene Magenkrankheiten, wie chronischer Katarrh, können einen derartigen Schwächezustand der Magennerven zurücklassen, dass daraus eine Dyspepsia nervosa zurückbleiben kann.

Die von Stiller angeführten „idiopathischen Dyspepsieen“ nach Aneurisma der Bauchorta und Bronchkrankheit sind wohl in so seltenen Fällen Ursache von nervös-dyspeptischen Symptomen, dass ich sie nur der Vollständigkeit halber anführe. Stiller erklärt sich den Zustand der Cardialgie und Dyspepsie durch Druck des Aneurismas auf das sympathische Geflecht. Unter Umständen kann also eine vorhandene nervöse Dyspepsie den Verdacht auf ein Aneurisma der Bauchorta bestärken. Bei Morbus Addisonii sind die beobachteten nervösen Erscheinungen in der Verdauungssphäre auf eine Degeneration des Sympathicus zu beziehen.

Das Krankheitsbild der nervösen Dyspepsie ist ein verschiedenartiges. Die Krankheit zeigt eine gewisse Launenhaftigkeit und Inconstanz in ihren Symptomen, die oft wenig von den gewöhnlichen dyspeptischen Erscheinungen abweichen. (Fälle 13, 14, 23).

Dies ist bei der grossen Anzahl der verschiedensten Momente, die nervös-dyspeptische Symptome hervorrufen können, nicht zu verwundern. Der Begriff „nervös-dyspeptische Erscheinungen“, den ich von der im striktesten Sinne Leube's beschriebenen Dyspepsia nervosa abgetrennt habe, ist nach meiner Auffassung nur ein Sammelname für ein ganzes Heer von Nervenerkrankungen, die mit der Verdauungssphäre in einem gewissen Connex stehen. Gewiss werden mit der Zeit aus dieser vorerst chamäleonartigen Gruppe einzelne wohl charakterisirte

Krankheitsbilder ausgeschieden werden, wie dies Rossbach mit der nervösen Gastroxynsis neuerdings versucht hat. Solange dies aber noch nicht vollständig geschehen, glaube ich, dürfen wir von einer primären Nervenerkrankung in dem allerdings engbegrenzten Sinne Leube's und von „nervös-dyspeptischen Erscheinungen“ im Allgemeinen reden.

Die dyspeptischen Zeichen bei Neurasthenieen des Gehirns und des Rückenmarks äussern sich aber doch anders als die sonst der Dyspepsie zukommenden Erscheinungen. So sehen wir bei Neurasthenia cerebralis Kopfschmerzen, Schwindel, Schlaflosigkeit, psychische Depression, Unfähigkeit zu geistiger Arbeit, während wir bei spinaler Neurasthenie neben den dyspeptischen Erscheinungen mehr in der motorischen Sphäre gelegene Abweichungen beobachten, wie paretische Zustände, Rhachialgieen, Parästhesieen, Intercostalneuralgieen, Blasenschwäche etc.

Unter den subjectiven Symptomen, die ich der Häufigkeit nach anführe, ist entschieden am öftesten das Aufstossen von Gasen, seltener saures Aufstossen zu treffen. Letzteres ist durch die grosse Intensität des Ructus, der sauren Mageninhalt mit heraufreisst, bedingt. Das gasige Aufstossen ist fast constant.

Ein ebenfalls fast nie fehlendes Symptom ist das Gefühl des Drucks und der Völle, was wir schon bei dem chronischen Katarrh kennen lernten, und das keine charakteristische Bedeutung beanspruchen kann. Eigentliche Schmerzempfindung ist viel seltener (etwa in 14⁰/o).

Dann kommt in der Häufigkeitsscala die Obstipation, die selten mit geregelter Stuhl, noch seltener

mit Diarrhoe wechselt. Bei dem wechselseitigen Verhältniss der Magen- und Darmnerven darf man dies kaum anders erwarten.

Kopfschmerz findet sich sehr oft, namentlich bei Anämischen und Neurasthenikern. Die sonst mit Kopfschmerz einhergehende Appetitsstörung ist keineswegs immer vorhanden, doch kommt auch hier Anorexie und Heisshunger (Fall 28) vor. Daneben besteht minder häufig Uebelkeit. Globus, der in 17% vorkommt, wird durchaus nicht nur bei Hysterischen gefunden, sondern auch bei Männern, und hat dann entschieden etwas Charakteristisches. Der Zusammenhang von Magen- und Oesophagusnerven erklärt diese Erscheinung.

Herzklopfen und Mattigkeit sind meist neben gleichzeitiger Chlorose und bei Neurasthenie der Männer vorhanden. Mattigkeit namentlich bei spinaler Nervenkrankung. Schwindel, der öfter künstlich durch Druck auf das Epigastrium hervorgerufen werden kann, ist meist ein Zeichen gleichzeitiger Anämie oder cerebraler Nervenschwäche. Er ist in circa 15% vertreten. Psychische Verstimmung, die sich in Form von Geiztheit zu zeigen pflegt, und Geschmacksalterationen sind häufig zu constatiren.

Erbrechen, Congestionen, Salivation und Schläfrigkeit sind seltener, und keine charakteristischen Zeichen.

Die öfters getroffene Milzanschwellung ist zum grössten Theil auf Malaria zurückzuführen, und erklären sich hier die nervös-dyspeptischen Erscheinungen wie bei der Cardialgie.

Unter den objectiven Symptomen ist die meist reine Zunge und der Mangel eines foetor ex ore, wie

er mehr dem chronischen Katarrh zukommt, bemerkenswerth.

Das wichtigste und werthvollste Symptom für die Stellung der Diagnose einer Dyspepsie auf rein nervöser Basis ohne das Substrat einer organischen Magen-erkrankung ist die vollendete Verdauung. Dieser Nachweis gelingt uns durch eine vorgenommene Ausspülung des Magens nach Aufnahme einer zur chemischen Würdigung geeigneten Mahlzeit und Ablauf eines Zeitraumes, in dem der organisch erkrankte Magen noch unverdaute Speisen zu enthalten pflegt. Man wählt am besten Beefsteak und Weissbrod als Versuchsspeise, letzteres weil bekanntermassen Kohlehydrate bei entzündlichen Vorgängen des Magens am wenigsten leicht verdaut werden. Der Mageninhalt wird 6—7 Stunden post coenam entleert, und wird also bei Dyspepsia nervosa reines Spülwasser, bei organischen Magen-erkrankungen, mit Speiseresten vermischte Spülflüssigkeit zu Tage gefördert werden. (Auf die auch hier möglicher Weise auftretende Unzuverlässigkeit der Ausspülung bei Ulcus wurde schon Seite 42 hingewiesen.) Die Ausspülung beweist, dass der zeitliche Ablauf der Verdauung keine pathologischen Grenzen betritt und demnach normal aufgefasst werden muss.

Wenn Stiller in seinem Buche über die nervösen Magenkrankheiten hierin kein verlässiges Zeichen erblickt, so ist dem entgegenzuhalten, dass gerade der zeitliche Verlauf sowohl in seinen chemischen als mechanischen Beziehungen nach dem Ausspülungsresultat als normal angenommen werden muss, denn Stiller müsste uns anormale, chemische Producte der Sekretion bei ausschliesslich nervöser Magen-erkrankung nachweisen,

was nirgends geschieht, wohl aber durch die Unmasse der von Leube'scher Schule gemachten Ausspülungen an Nervös-Dyspeptischen gegentheilig bewiesen wird. Anormale Producte, wie Buttersäure etc. werden aber bei wirklicher nervöser Dyspepsie nicht gefunden. Ferner können ja solche abnorme chemische Processe nach unseren jetzigen Kenntnissen gerade nur bei langem Verweilen der Ingesta im Magen vor sich gehen. Wir finden aber den Magen regelmässig leer, und das beweist, dass auch das mechanische Verhalten des Organs correct war.

Die von Burkart beobachteten puncta dolorosa am Bauchsympathikusgeflecht, die durch Druck gegen die Wirbelsäule bei Rückenlage, besonders in der Gegend des plexus hypogastricus superior, Aufstossen, Schweissausbruch, Beklemmung hervorrufen, sind durchaus nicht constant aufzufinden. Burkart sieht das Charakteristische in dem „Ausstrahlen des Schmerzes nur nach oben“ bis gegen den plexus solaris und die Magengrube hin. Er sah diesen Zustand nur bei Kranken mit nervöser Magenerkrankung. Immerhin ist die subjective Empfindung und noch dazu die des Neurasthenikers mit Vorsicht aufzufassen, was auch Burkart selbst zugibt, um so mehr, da bei den höchst complicirten Verhältnissen des Sympathicus und Vagus, jede Aeusserung eines Kranken über „den Verlauf des Schmerzes“ nach einer ganz bestimmten Richtung nur cum grano salis zu verstehen ist; übrigens gelang es mir in einem Falle regelmässig, durch Druck Aufstossen und Schweiss hervorzurufen.

Richter erwähnt schmerzhaft Punkte an der Wirbelsäule.

Die Diagnose einer reinen Neurose unter Berücksichtigung des Angeführten und nach Application der Sonde scheint im Allgemeinen nicht so schwer. In Fällen freilich, wo die Sonde nicht eingeführt wird, oder wo Gegenanzeichen bestehen, liegt die Sache nicht so einfach, und so können Zweifel darüber aufkommen, ob man es mit rein nervösen Zuständen des Magens oder Katarrh oder Ulcus zu thun hat. Obwohl das Gebiet der *Dyspepsia nervosa*, gerade wie wir neuerdings sahen, keineswegs ein abgeschlossenes ist, folge ich doch den Abgrenzungsversuchen dieser Neurose, wie sie Leube anderen Magenkrankheiten gegenüber versucht hat.

Vom chronischen Katarrh, der in seinen dyspeptischen Erscheinungen allerdings viel Aehnlichkeit mit den Symptomen der nervösen Magenerkrankung hat, unterscheidet sich dies Leiden hauptsächlich durch den Mangel der belegten Zunge und des üblen Geschmacks und Geruchs seitens des Mundes. Beim chronischen Katarrh tritt der Appetitsmangel, Erbrechen von Speisen und Schleim (*vomitus matutinus*) mehr hervor. Die unangenehmen Empfindungen von Druck und Völle werden bei blander Kost weniger gefühlt, während das gerade bei der *Dyspepsia nervosa* ohne Einfluss ist. Der nervöse Dyspeptiker ist meist überhaupt schon von schwachem Nervensystem. Die Speisen endlich verweilen nachweisbar über die normale Dauer im katarrhalischen Magen. Den striktesten Beweis liefert uns freilich die Sonde. So war Fall 17 so nervös, dass man ohne vorgenommene Sondirung leicht *Dyspepsia nervosa* zu diagnosticiren geneigt sein konnte.

Am schwierigsten kann sich die Differentialdiag-

nose zwischen Ulcus und nervöser Dyspepsie gestalten, wenn Schmerz, Bluterbrechen und Störungen des Appetits fehlen, und der Patient dazu vielleicht anämisch und neurasthenisch ist. Hier muss uns die Therapie helfen, und in solchen Fällen ist der Versuch mit Electricität während der Verdauung, die bei nervöser Dyspepsie das Gefühl von Druck und Völle lindert oder vergehen lässt, zu machen, oder als ultima ratio die Behandlung des Geschwüres nach Leube einzuleiten, wobei sich bald das Leiden als Ulcus oder Magenneurose zu erkennen gibt.

Verwechslungen mit Dilatation, Carcinom, namentlich wenn es schon einige Zeit besteht, und Gastralgie sind weniger leicht.

Schliesslich sei noch bemerkt, dass die nervöse Dyspepsie in einem gewissen Zusammenhang mit der Frühjahrszeit zu stehen scheint, indem da häufig die Symptome heftiger werden oder nach ziemlichem Stillschweigen wiederkehren! Beim männlichen Geschlecht scheint die nervöse Dyspepsie öfter als beim weiblichen angetroffen zu werden. Zwischen dem 20. und 40. Jahre ist das Leiden am häufigsten.

Ehe ich zur Besprechung der allgemeinen Therapie übergehe, seien hier einem wichtigen, diagnostischen und therapeutischen Hilfsmittel, der Sonde, einige Worte gewidmet!

Ich bediene mich nur der ganz weichen Gummischlauchsonde, wie sie von Leube in seiner Klinik ausschliesslich angewandt wird. Dadurch ist eine Abschürfung der Magenschleimhaut oder eine Perforation der

Magenwand ausgeschlossen. Dem geringsten Widerstand der Magenwandung nachgebend und vermöge ihrer Weichheit und Elasticität an derselben hingleitend, ohne eine Ausstülpung zu machen, ist die weiche Sonde entschieden allen anderen, noch im Gebrauch befindlichen harten Sonden vorzuziehen.

Eine zweite Eigenschaft der Sonde muss eine beträchtliche Länge, mindestens 75 Ctm. sein, indem zu kurze, oft nur 62—65 Ctm. lange Sonden bei Dilatationen gar nicht verwendbar sind, da sie nicht bis zur tiefsten Stelle des Magens hinabreichen, so dass ein Theil des Mageninhalts trotz der Ausspülung liegen bleiben muss.

Ein weiteres Erforderniss einer guten, zweckentsprechenden Sonde ist eine bestimmte, mindestens 0,7 Ctm. betragende Lichtung, um das Durchgleiten grösserer Brocken, wie sie bei schweren, inveterirten Fällen gar nicht selten sind, zu ermöglichen; dann darf die Wandstärke eine gewisse Grenze, d. h. 0,2 Ctm. nicht überschreiten, indem sonst die Sonde nicht der Magenwand nachgibt, sondern dieselbe ausstülpfen kann, und endlich müssen die Fenster der Sonden nicht zu klein sein, um auch gröbere, unverdaute Speisetheile durchzulassen.

Die diesen Bedingungen entsprechende Sonde wird mit einem Mandrin, am einfachsten einem dünnen spanischen Rohr, armirt und dann bis über die Gegend der Cartilago cricoidea vorsichtig eingeführt; dann zieht man das Mandrin heraus und unter Schluckbewegungen des Kranken gleitet die Sonde leicht in die Magenhöhle hinab. Diese Art der Sondirung passt besonders für Alle, die schon öfters sondirt wurden. Bei Leuten, die

sich zum erstenmale die Sonde einführen lassen, und ängstlich, oder sehr zum Brechen geneigt sind, empfiehlt es sich, das Mandrin in der Sonde zu lassen, da hiedurch die Procedur verkürzt, und dem Ungeübten die Schluckbewegung erspart wird.

Die Einführung mit Mandrin passt also nach meiner Erfahrung am besten zur Stellung der Diagnose durch einmaligen Gebrauch der Sonde, wo es darauf ankommt, den dem Patienten peinlichen Akt rasch zu beenden, und dann in Fällen, wo es gilt, eine Magenerweiterung zu constatiren. Die Sonde gibt dann, auf der tiefsten Stelle des Magens angelangt, einen leichten Widerstand zu erkennen.

Ein zwar unbedeutender, aber nicht genug zu beherzigender Umstand ist der, das Mandrin durch Bestreichen mit Eiweiss oder Salepschleim recht schlüpfrig zu machen, um ein leichtes Zurückziehen derselben zu ermöglichen; denn anderen Falls pflegen sich die Sonden aufzustülpen, und dieser Fehler würde den Kranken zum sofortigen Brechen oder Herausziehen der Sonde veranlassen.

Hiebei sei noch die Vorsichtsmassregel erwähnt, beim Erbrechen der Kranken während der Sondirung die Sonde sofort herauszuziehen oder erst das Erbrechen vor der Wiedereinführung vorübergehen zu lassen, um die Gefahr einer Schluckpneumonie zu vermeiden.

Der an dem zum Trichter führenden Gummischlauch-Ende befindliche Hahne sei beim ersten Eingiessen des Wassers in den Trichter geschlossen, um nicht unnöthig Luft in des Kranken Magen zu treiben. Die Magenpumpe wende ich nur an: bei Ektasieen, wo

der letzte Rest der unverdauten Speisen bei der Ent-
heberung nicht ausfliessen will, ferner wenn der Zug der
im Gummischlauch laufenden Wassersäule nicht stark
genug ist, einen derberen Brocken durch das Sonden-
fenster zu ziehen, und endlich auch ausnahmsweise
zu diagnostischen Zwecken, wenn dem Patienten die
Procedur des Hinein- und Herauslaufens zu lange oder
unerträglich wird, und es sich blos darum handelt, zu
constatiren, ob er verdaut hat, oder nicht.

Allgemeine Therapie.

Die Behandlung der Magenkrankheiten ist jedenfalls eines der dankbarsten Gebiete der internen Medicin überhaupt, denn die weitaus grössere Zahl der diagnosticirbaren Krankheiten ist der Heilung, viele davon sind wenigstens der Besserung fähig. Nur gegen das Carcinom sind wir so gut wie machtlos, denn selbst die vorgenommene Operation führt jedenfalls nur ausnahmsweise zu dauernder Heilung, und ist wohl im günstigsten Falle nur ein Aufschub zum unvermeidlichen Ende.

Die Grundbedingungen zu einem erfolgreichen Eingreifen sind die gewissenhafteste Rücksichtnahme auf die anatomischen und funktionellen Veränderungen des Magens, dann der für das einzelne Individuum auf Grund der Diagnose fest vorgestellte therapeutische Plan, und die eingehendste Berücksichtigung des Verhaltens aller anderen Organe des Patienten. Nur wenn diese drei Punkte ausreichend gewürdigt sind, ist ein erspriessliches Handeln zu erwarten, und eine richtige Prognose zu stellen.

Es ist einleuchtend, dass die Heilung von Magenleiden mit Ausnahme des acuten Katarrhs, nicht rasch von Statten zu gehen pflegt, und meist die Dauer einiger Wochen, ja in hartnäckigen und veralteten Fällen einiger Monate in Anspruch nimmt.

Es ist deshalb prognostisch oft unmöglich, einen bestimmten Zeitraum bis zur vollendeten Heilung anzugeben, da dies ausser den eben angeführten zwei Momenten, auch noch von der Energie des Kranken, der erhaltenen Widerstandsfähigkeit überhaupt und seinem Alter abhängt.

Sind all diese Dinge berücksichtigt, und die Diagnose wo immer möglich durch die Sonde bekräftigt, so hängt die Hauptsache von der für das Individuum geeigneten Diät und Schonung des erkrankten Organes ab.

Wo nicht absolute Gegenanzeigen vorliegen, wie hochgradige Nervosität, unüberwindliche Abneigung und Angst vor dem Sondiren, ausgedehnter Rachenkatarrh und übermässiger Brechreiz etc., sollte man es nie versäumen, den Kranken in seinem eigenen Interesse zu sondiren, indem dadurch nicht nur die Diagnose auf weit sichererem Boden steht, und die Fähigkeit oder Unfähigkeit, eine bestimmte Speise zu verdauen, constatirt wird, sondern wir auch die für das einzelne Individuum massgebende Verköstigung allein richtig bestimmen können.

Es ist mir ganz klar, warum absolut heilbare Magenkrankheiten selbst nach ärztlicher Anordnung allgemein als leichtverdaulich angenommener Speisen und peinlichem Befolgen dieses Rathes von dem Kranken, keine Besserung erfahren. Das überall als leicht verdaulich geltende Wildpret oder Beefsteak erweist sich

in einer grossen Anzahl von Fällen gleich bei der ersten Ausspülung als für den betreffenden Magen zu schwer.

Denken wir uns nun den Magen wochenlang mit dieser allerdings relativ leichtverdaulichen, für das Individuum aber offenbar zu schweren Speise genährt, so ist es einleuchtend, dass der kranke Magen sich täglich unnöthig abquälen wird, diese Kost zu verarbeiten, und deshalb ein Fortschreiten zur Besserung nicht möglich ist. Solche Vorschriften sind deshalb in meinen Augen nur vage Redensarten, und ist bei ihnen wenigstens immer zu empfehlen, eher die Verdauungsfähigkeit auf einer geringeren Stufe stehend anzunehmen.

Der wichtigste Faktor ist also unbedingt die für den Einzelnen geeignete Kost, und wünschenswerth für Arzt und Patient ist die zeitweilige Controlle, ob die Besserung des Magens mit der festeren Kost gleichen Schritt hält. Drum ist es so nützlich, dies durch zeitweise Sondirung zu constatiren. Bezüglich der Verköstigungsweise halte ich mich ganz an die von Leube aufgestellten Normen, die auf Grund vieler Ausspülungen an Magenkranken gewonnen sind, und also praktischen Werth haben, denn das an Hunden und Katzen Experimentirte oder hinter dem Studiertisch Zusammengeklügelte hat für mich weit weniger Bedeutung, als die am Kranken selbst gefundenen Resultate.

Unzweifelhaft hat hier Leube den allein richtigen Weg gewählt, und wenn ich auch diese Verköstigungs-scala noch nicht für ein abgeschlossenes Ganze halte und selbst mir dienlich scheinende kleine Erweiterungen, die ich aber alle erst am Menschen erprobte, vornehme, so wird sie doch stets für mich die Richtschnur sein.

Die vier Verköstigungsklassen anzuführen, halte ich für überflüssig, da sie ja hinlänglich bekannt sind.

Obwohl diese Kostordnungen aus einem reichen Erfahrungsschatz zusammengetragen und für viele Fälle entschieden von vorneherein geeignet sind, muss doch der Arzt individualisiren und die Abneigung des Einzelnen gegen gewisse Speisen wie Milch, Eier, rohes Fleisch etc. berücksichtigen. Namentlich ist es von Bedeutung für eine mehrwöchentliche Kur, möglichste Abwechslung in den ohnehin beschränkten Speisecyclus zu bringen, drum entwarf ich in meiner Anstalt für jeden Einzelnen einen womöglich täglich abwechselnden Speisezettel. Der Magenkranke soll langsam und die Speisen wohl zerkleinert und gekaut essen und während des Essens nicht trinken, da dadurch die Verdauung verlangsamt wird. Es empfiehlt sich deshalb, die Kranken, soweit es überhaupt angänglich, eine Stunde vor Tisch kleine Quantitäten guten, nicht zu süßen Weines trinken zu lassen. Besondere Aufmerksamkeit quoad Kost erfordert die Zeit der Menstruation, wo die Verdauung entschieden beeinträchtigt ist.

Mit dem „geeigneten Essen“ ist es aber keineswegs genug, sondern ebenso wichtig erscheint mir das „wieviel und wie oft.“ Es ist einleuchtend, dass man einen kranken Magen nicht überladen darf, und dass also die Speisen in einer dem Individuum angepassten Quantität zugewiesen werden müssen. Dieses Quantum wird je nach der Krankheit und dem Stand derselben recht verschieden sein.

Meist reichen die Patienten in der ersten Zeit, wo Appetitmangel gewöhnlich ist, mit wenig aus, entsprechend

ihrer Besserung aber bedürfen sie bald eines grösseren Quantum. Dies sowohl, als auch umgekehrt die Neigung mancher Patienten, unmässig zu sein, bedarf der eingehendsten Erwägung und Beachtung.

Aber nicht nur die Quantität, sondern auch die Essenszeit ist zu regeln. Der oft gehörte Satz, dass der Kranke öfters, aber nur kleine Mengen geniessen soll, scheint mir in der Mehrzahl der Fälle unrichtig. Wir müssen stets im Auge behalten, dass der Magen ja ein kranker ist, und dass also die aufgenommene Nahrung, selbst wenn sie leicht verdaulich ist, ihm eine Arbeit auferlegt, die zu einer gewaltigen nutzlosen und ermüdenden werden kann, wenn die Speisen über seine noch erhaltene Verdauungsfähigkeit hinausgehen.

Es ist also das Essen für den kranken Magen keine Lust wie für unsern Gaumen, sondern eine Arbeit, zu der er bei seinen beeinträchtigten chemischen und mechanischen Funktionen eine weit längere Zeit als der gesunde Magen braucht. Es würde gewiss Keinem einfallen, einem Fusskranken stundenlange ununterbrochene Touren anzurathen, und doch muthet man dem abgearbeiteten, schwachen Magen mit Nahrungsaufnahme in kurzen Zwischenpausen, die bei dem verlangsamten Vorgang seiner Verdauung nicht ausreichen, das aufgenommene Essen zu verarbeiten und fortzuschaffen, immer wieder von Neuem Arbeit und Anstrengung zu, so dass die frisch zugeführten Speisen die früher genossenen noch im Magen treffen müssen!

Man gebe sich da keinen Täuschungen über die Schnelligkeit der Magenverdauung, namentlich nicht bei Kranken hin, denn vorgenommene Controllausspülungen

an Gesunden wie Kranken lassen den Zeitraum nicht so kurz erscheinen, wie wieder von Neuem dem Kranken Nahrung aufgenöthigt wird!

Die durch Ausspülungen gewonnenen Verdauungszeiten werden durch Kretschy's directe Beobachtung an einer Magenfistel bestätigt, und ist demnach die Dauer der Frühstücksverdauung 4—4 $\frac{1}{2}$, die der Mittagsverdauung 7, und die der Abendverdauung 7—8 Stunden.

Ich lasse die Magenkranken dreimal zu ganz bestimmt eingehaltenen Zeiten essen. Morgens um 8 Uhr Frühstück, Mittags 12 $\frac{1}{2}$ Mittagstisch und Abends 7 $\frac{1}{2}$ Uhr Abendbrot. Selbst solche, die an Heisshunger leiden, gewöhnen sich daran ganz leicht. Für den Anfang mögen sie sich immerhin, wenn absolut nöthig, mit einigen Cakes versehen! Nur so hat der Magen genügend Zeit zu der ihm beschwerlichen Arbeit und die so nöthigen Ruhepausen! Es empfiehlt sich in manchen Fällen sogar, durch Entleerung des Magens diese künstlich herbeizuführen, oder ihn ganz für einige Zeit ruhen zu lassen, indem man den Patienten per clyisma füttert.

Ein weiterer wichtiger Faktor bei Behandlung der Magenkrankheiten ist die Ausspülung.

Ganz abgesehen von dem Nutzen einer Ausspülung zur Sicherung der Diagnose und zur Erkenntniss des Verdauungsvermögens des Individuums und seiner fortschreitenden Besserung, dient uns die Sonde auch zu therapeutischen Zwecken.

Es liegt auf der Hand, dass eine Entlastung und Reinigung von abnormem Mageninhalt den Heilungsprocess fördern muss, daher wir in veralteten und hartnäckigen Fällen oft die günstigsten und geradezu über-

raschende Resultate von künstlichen Auswaschungen des Organes sehen.

Die besonderen Vortheile der Ausspülung bei Ek-tasieen sind klar, einmal weil das erkrankte, schlaffe Organ entlastet und dadurch weitere Gährungsprocesse, die durch das abnorm lange Verweilen der Speisen im Magen nur begünstigt sind, verhindert werden, und dann weil die unter anderen Umständen wohl an den tiefsten Senkungsstellen stets zurückbleibenden Gährungserreger entfernt werden

Ueber die Ausspülungen bei Ulcus sind die Meinungen getheilt. Ich glaube, dass sie vorsichtig und zur rechten Zeit d. h. erst nach der 14tägigen strengen Kur nach Leube'schem System ausgeführt, nur nützlich sind. So lange Gefahr existirt, eine Blutung herbeizuführen, sind sie zu meiden.

Die Möglichkeit einer Perforation scheint mir nur bei brüskem Vorgehen und mit harten Sonden gegeben. Wer sich nur der ganz weichen Sonden zur rechten Zeit, d. h. nicht zu früh bedient, wird kaum in diese Gefahr kommen. Eine rein gehaltene, in der Heilung begriffene Geschwürsfläche wird aber mehr Chancen zur Heilung haben, als ein Geschwür, das allen möglichen chemischen Insulten und Verunreinigungen mit Speiseresten ausgesetzt ist!

Dem Zweck entsprechend, den man im Auge hat, wird auch die Zeit der Ausspülung zu wählen sein. So eignet sich am besten zu diagnostischen Zwecken die abendliche Ausspülung, die ich 7—8 Stunden nach der Mittagsmahlzeit vorzunehmen pflege.

Der Kranke bekommt ein tüchtiges Beefsteak und ein Weissbrod als Mittagsessen.

Zu dem alleinigen Behufe der Heilung wählt man am besten die Zeit vor dem Frühstück, wo der Magen noch nüchtern ist, um ihn von Schleim, Galle etc. zu reinigen.

Bei der Dilatation soll die künstliche Waschung des Magens wenigstens zweimal im Tage gemacht werden, und zwar am besten vor dem Frühstück, um Schleim, namentlich Galle, die hemmend auf die Magenverdauung einwirkt, gährende Speisereste etc. zu entfernen, und am Abend vor dem Essen, um die nach 7 Stunden noch restirenden Substanzen zu beseitigen. Hier empfiehlt es sich, auch den Trichter 2—3 Mal hinter einander auslaufen zu lassen, um der vollständigen Entleerung sicher zu sein, oder die Magenpumpe anzuwenden.

Das zur Ausspülung benützte Wasser soll lauwarm sein. Entheberungen mit Eiswasser sind nur zu diagnostischen Zwecken, zum Bestimmen des Säuregehalts gerechtfertigt. Je nach Umständen können zu der Ausspülung auch Mineralwasser (Rakoczy, Pandur, Karlsbader etc.) verwandt werden; auch medicamentöse Ausspülungen mit 1% Borsäurelösung, mit Salicyl, Schwefelkohlenstoffwasser etc. etc. finden an geeigneter Stelle ihre Anwendung.

Ein kräftiges Adjuvans in der Heilung vieler Magenkrankheiten ist der Gebrauch von Mineralwässern zur Trinkkur. Hier sei gleich bemerkt, dass es nie indicirt ist, Magenkranke grosse Quantitäten und zu kalt oder zu heiss trinken zu lassen. In vernünftigen,

dem einzelnen Fall angepassten Quantitäten aber, und etwas erwärmt, „überschlagen“ getrunken, leisten sie treffliche Dienste. Es ist hier nicht der Ort, alle zu Trinkkuren für Magenkranke geeigneten Quellen aufzuzählen, und ist ja auch meine Erfahrung hierüber eine beschränkte.

Die hier in Betracht kommenden Mineralquellen sind die alkalischen und alkalisch-mineralischen Säuerlinge, die alkalisch-salinischen Mineralwässer und die einfachen Kochsalzquellen und endlich die alkalischen Eisensäuerlinge.

Man sieht, dass gerade kein Mangel an Mineralwässern für Magenleiden aller Art herrscht, freilich spielen bei der Auswahl oft Vorurtheile gegen dies oder jenes Bad, oder eine besondere Vorliebe für einen bestimmten Badeort, oder auch andere Gründe, die nicht hieher gehören, mit.

Der Ruf der Kissinger Quellen ist ein alter und bewährter, und darf sich unser Badeort quoad Magenkrankheiten jedem anderen an die Seite stellen, denn die anderweitig ausgebeuteten und so günstig beurtheilten Fälle sind doch stets in erster Linie einer richtig gewählten Diät, weit weniger der auch behaupteten specifischen Wirkung ihrer Quellen zuzuschreiben. Bei Besprechung der Therapie der einzelnen Magenkrankheiten werde ich gelegentlich auf die Mineralquellen zurückkommen, nur wolle man, wenn nicht jede verwerthbare Quelle angeführt ist, darin keine Ungenauigkeit finden, sondern bedenken, dass meine Beobachtungen sich vorzugsweise auf die hiesigen, als Magen-

wässer in bestem Rufe stehenden Quellen erstrecken, und dass dies Buch ja kein balneologisches sein soll.

Zur Bekämpfung der den Kranken am meisten quälenden Symptome stehen uns auch verschiedene allgemeine Mittel zu Gebote, ehe wir zu Medicamenten greifen müssen, und können wir diese grossen Theils ganz entbehren, wenn wir erstere richtig appliciren.

Die bei Magenkrankheiten am meisten in Betracht kommenden Beschwerden und Gefahren sind: Schmerzen, Erbrechen und Blutungen. Erstere werden erfahrungsgemäss sehr durch warme Umschläge gelindert. Ich bediene mich hier der Moorumschläge, wo diese nicht zu haben sind, genügen Breiumschläge. Die Einwirkung dieser Wärme auf die Nerven ist in der Mehrzahl derselben eine so beruhigende, dass man sehr selten zu Narcoticis greifen muss, wovon ich übrigens nur das Morphium subkutan anwende, um den kranken Magen nicht unnöthig mit Arzneien zu quälen. Feuchtwarme Einwicklungen, Priessnitz'sche Umschläge leisten uns auch treffliche Dienste.

Cardialgische und nervös-dyspeptische Schmerzen und Druckempfindungen bekämpfen wir mit gutem Erfolg mit der Elektrizität.

Gegen das lästige Erbrechen wirkt das Verschlucken von Eisstückchen und das Trinken von kohlensäurereichen Flüssigkeiten, Rakoczy, Champagner etc. meist mehr als die arzneilichen Mittel gegen den Vomit.

Bei stattfindenden Blutungen ist die absolut ruhige Lage und die Eisblase auf die Magengegend von höchster Bedeutung. Ueber all Dies wird eingehend bei der speciellen Therapie gesprochen werden.

Schon zur Stellung der Diagnose und zur weiteren richtigen Behandlung des Magenleidenden wurde auf das absolut Nothwendige der Berücksichtigung der eventuellen Grundkrankheit und der Constitution hingewiesen. Es ist klar, dass man auch hier entschieden günstig auf den Zustand des Patienten, und dadurch indirect auf den Magen einwirken kann, was bei der Therapie des chronischen Magenkatarrhs näher behandelt wird.

Ich will hier nur ganz allgemein auf die Einwirkung des Klimas, der Bewegung und der Bäder, seien es Mineralbäder oder Seebäder hinweisen, denn der Raum des Buches müsste weit überschritten werden, sollten hier die einzelnen Indicationen für die grosse Zahl der möglicherweise zu Grunde liegenden Leiden ausführlich besprochen werden. Bei den einzelnen Magenkrankungen werde ich, soweit als thunlich, darauf zurückkommen.

Meine Stellung zu den Stomachicis habe ich eigentlich schon in der Vorrede präcisirt, und wenn sie also bei den einzelnen Krankheiten in diesem Büchlein eine etwas zurückgesetzte Stelle einnehmen, so kommt das daher, weil ich sie grossen Theils für entbehrlich halte, wenn irgend wie die socialen Verhältnisse eine wahrhaft vernünftige Verköstigung und Lebensweise möglich machen. Freilich wird es immerhin Fälle geben, wo wir sie anzuwenden gezwungen sind, und Manche können sich ja überhaupt nicht von ihnen trennen und sehen sie immer wieder gerne auf einem Recepte glänzen.

Zwei Medicamente, das Morphium und das als Stypticum bewährte Ergotin werden wir unter Umständen nie entbehren können. Die Amara haben nach

meiner Ueberzeugung keinen grossen Werth und könnten ganz weggelassen werden, denn als appetitreizende Mittel angewandt, sah ich sie nie ihre Wirkung thun.

Der Appetit kann durch Salzsäure, scheint es, in manchen Fällen günstig umgestimmt werden, namentlich dann, wenn Mangel an Salzsäure, den wir experimentell am Kranken nachweisen können, die Ursache des Magenleidens oder Folge desselben ist.

Wird der Magen unter einer geeigneten und systematischen Verköstigung allmählig gebessert und gekräftigt, so kehrt der Appetit ohne alle sogenannten anregenden Mittel von selbst zurück, und der Kranke isst, nachdem er jahrelang keine Esslust hatte, wieder mit Lust.

Ein weiteres wahres Stomachicum ist das Pepsin, das meist gleichzeitig mit der Salzsäure gereicht werden kann, weil nach physiologischen und therapeutischen Erfahrungen, die namentlich von Fleischer gewürdigt sind, dann die Verdauung beschleunigt wird. Ueberdies bestätigen die Prüfungen Leube's auf Saftsekretion des Magens, dass die Pepsinabscheidung im Allgemeinen mit der Salzsäureabscheidung Hand in Hand geht, und dass bei verminderter Säureabgabe auch die Pepsinmenge beeinträchtigt ist.

In vielen Fällen lässt aber auch diese theoretisch richtige Combination im Stich, wohl weil bei der Verabreichung dieses künstlichen Magensaftes die Absonderung des natürlichen Magensekretes noch mehr als durch die Magenkrankheit reducirt wird. (Leube.) Ein Versuch mit diesen Medicamenten ist also namentlich

da gerechtfertigt, wo wir die Saftsekretion als vermindert kennen lernten.

Die seiner Zeit so sehr gepriesene und von Manchen als ein Specificum gegen Magenkrebs angesehene Condurangorinde ist leider nicht im Stande, das Carcinom zu heilen, verdient aber vollkommen bei dieser Krankheit ihre Verwendung, indem sich bei ihrer Darreichung oftmals der Appetit und die Verdauung bessert, wie ich selbst mehrfach zu sehen Gelegenheit hatte.

Als Antacida sind Natron bicarbonicum und Magnesia usta, letzteres namentlich bei Säuerdyspepsien mit Erfolg zu verwerthen, nur hüte man sich vor zu grossen Dosen, um nicht die zur Verdauung so nothwendige saure Reaktion des Magensaftes zu beeinträchtigen.

Das Magisterium Bismuthi, sowie das Argentum nitricum hält Leube für ganz überflüssig. Ueber die Wirkung des ersteren kann ich mich schon um dessentwillen nicht äussern, weil ich es immer mit Morphium und Natron bicarbonicum zusammen gab, so dass die Entscheidung, was das Wirksame war, unmöglich ist.

Die zur Regelung des Stuhles angewandten Abführmittel, wie Rheum, Natron sulfuricum, glaube ich, kann man in vielen Fällen entbehren, und thut man entschieden besser, um Stuhl zu erzielen, den Magen gar nicht mit Abführmitteln zu belästigen. Ich helfe mir hier mit dem Clyisma oder dem Irrigator, die ebenfalls zum Ziele führen und ihren Reiz, ohne Magen und Darm zu schaden, nur auf den letzten Abschnitt des Darmes ausüben.

Hier im Bade hat man sehr häufig Gelegenheit

zu sehen, wie durch fortgesetzten Gebrauch von Abführmitteln der ganze Verdauungstraktus krankhaft gereizt oder ganz erschlaft ist, drum bin ich mit dem Gebrauche der Drastica sehr sparsam; viel eher empfehle ich noch geeignete Mineralwasser.

Bezüglich der bei Magenkrankheiten so häufigen Anämie, muss stets erst eruirt werden, ob sie Folgezustand oder Grundleiden ist. Die Verabreichung von Eisenpräparaten, von denen ich das ferrum hydrogen. reduct. und das ferrum albuminatum erwähne, wird oft von den Patienten nicht vertragen, selbst nicht das Trinken von Stahlwasser, indem es bedeutende Beschwerden, ja Schmerzen hervorruft. Die weitaus meisten Anämischen sind gleichzeitig von schwacher Verdauung.

Die häufigsten Magenerkrankungen sind chronischer Katarrh und bei chlorotischen Damen das Ulcus. Es ist in beiden Fällen das Beste, unbekümmert um die bestehende Anämie die Behandlung des erkrankten Magens einzuleiten, indem meist erst dann Eisenpräparate mit Erfolg vertragen werden, und sich das Gesamtbefinden unter den gebesserten Verdauungsverhältnissen häufig beträchtlich gehoben hat.

So erinnere ich mich namentlich einer chlorotischen jungen Dame, die alle möglichen Eisenpräparate und Stahlquellen erfolglos genossen und damit ihren Magen noch mehr verdorben hatte. Ihre Menses waren dünn und unregelmässig. Ich sah den überraschendsten Erfolg von einer eingeleiteten Magenbehandlung und gleichzeitiger Rakoczytrinkkur. Noch während ihres Hierseins stellte sich die erste normale Periode ein, und

wurde ihr Aussehen ein blühendes, was auch, wie ich später erfuhr, von Dauer blieb.

Ich glaube, dass in solchen Fällen eine Magenbehandlung mit gleichzeitigem Gebrauch von einer Appetit und Verdauung anregenden Kochsalz-Quelle oft mehr Nutzen bringt, als der Genuss von Stahlwasser oder gar von den schwer verdaulichen Eisenpräparaten, deren subkutane Anwendung sich leider bis jetzt nicht bewährt hat.

Bei der speciellen Therapie werden die einschlägigen zur Bekämpfung des Grundleidens mehrfach unentbehrlichen Medicamente ihre Berücksichtigung finden. Für die Behandlung der Magenkrankheiten allein halte ich die grosse Mehrzahl der „Magenmittel“ für vollständig überflüssig, bei langem Gebrauche oft geradezu schädlich.

Specielle Therapie.

Der akute Magenkatarrh.

Die Prognose des akuten Magenkatarrhs ist eine entschieden günstige. Die Krankheit endet nie letal. Hohes Alter, herabgekommene Körperkraft und der Uebergang in den chronischen Zustand verschlimmern die Prognose.

Zur Heilung einer akuten Gastritis genügt in den meisten Fällen eine vernünftige Diät, und passt hieher am besten die I. und II. Kost Leube's. Recht vortheilhaft ist es unter Umständen, den Patienten ganz fasten zu lassen und so dem Bestreben der Natur, die ja den Appetit meist ganz darniederliegen lässt, entgegenzukommen. Ist die *materia peccans*, d. h. die reizende oder im Uebermass genossene Speise noch im Magen, so empfiehlt sich die subkutane Einspritzung von Apomorphin 0,005—0,01 oder die Entleerung mittelst der Sonde per os weit mehr, als die Entfernung der schädlichen Stoffe durch den Darm mit Karlsbader Salz, Hunyadi Janos etc. oder tinct. Rhei aquos., indem hierbei der Reiz, den die gährenden Speisen auch noch auf

den Darm ausüben können, wegfällt, und der Magen bei der subkutanen Einspritzung oder der Ausspülung keiner erneuten Reizung ausgesetzt ist.

Die Entleerung per Sonde muss aber eine gründliche sein, und thut man gut, noch eine Sodalösung (1 bis 2 Kaffeelöffel auf 1 Liter Wasser) derselben folgen zu lassen.

Von den Abführmitteln verdient die *Magnesia usta*, weil sie die abnorme Säure neutralisirt, den Vorzug. Emetica innerlich gegeben, namentlich *tartarus stibiatus*, vermehren nur den ohnehin schon gesetzten Reiz und sind bei dem Vorhandensein anderer, besserer Mittel entschieden zu verwerfen. Ist der Zustand ein besserer geworden, so thut die Salzsäure gute Dienste.

Tritt die akute Gastritis ohne Diätfehler nach starker Erkältung ein, so empfehlen sich heisse Bäder 38—42° Celsius und dann Einwicklungen in wollene Tücher mehr, als die die Schleimhaut reizenden Diaphoretica. So eingewickelt muss der Patient 1 bis 2 Stunden ruhig liegen bleiben, und darf seine Abkühlung nur eine ganz allmähliche sein. Die subkutane Anwendung des *Pilocarpins* bewährt sich wegen des damit meist verknüpften Speichelflusses beim Magenkranken nicht.

Der Zweck der Diaphorese ist, das nach den inneren Organen, in specie gegen den Magen übermässig geströmte Blut nach den Blutgefässen der Haut abzuleiten.

Zur Bekämpfung des oft sehr stürmisch auftretenden, heftigen Erbrechens empfehlen sich Eispillen oder das Auflegen eines Senfteigs oder eines Eisbeutels auf die Magengegend. Gegen das lästige saure Aufstossen ist *Natr. bicarbonicum* in nicht zu grossen Dosen gut,

das beim Ructus auch die Kohlensäure herausschafft. Gegen heftige Schmerzen sind warme Breiumschläge, unter Umständen auch die Eisblase und als letztes Mittel auch das Morphium mit aqua amygd. amar. 0,1 : 10,0 etwa 15—20 Tropfen angezeigt.

Der chronische Magenkatarrh.

Diese häufige Krankheit ist eine hartnäckige, und deshalb die Prognose zur definitiven Heilung mit Vorsicht zu stellen. Quoad vitam ist sie immer günstig, wobei wir jedoch stets bedenken müssen, dass die Gastritis chronica die Körperkraft besonders bei Greisen, aber auch durch langes Bestehen bei jüngeren Leuten sehr reduciren kann. Die Vorhersage ist desto besser, je jugendlicher das Individuum, und je leichter die Ursache zu bekämpfen ist, drum bieten Katarrhe nach Excessen, auf der Basis von Chlorose und bei Stockungen im Unterleib stets günstige, solche bei unheilbaren Lungen-, Herz- und Leberleiden schlechte Prognose in Bezug auf vollständige Heilung. Wird eine rationelle Behandlung des Magenleidens eingeleitet, so können wir auch hier in sehr vielen Fällen wenigstens eine wesentliche Besserung erzielen.

Es ist einleuchtend, dass wir da, wo wir ein Grundleiden erkannt haben, dies zu bekämpfen suchen müssen. So werden wir unser Augenmerk auf gleichzeitig bestehende Herz- oder Lungenleiden, auf Leberkrankheiten, Stauungen im Pfortadergebiete und Anämie zu richten haben. Es sind hier auch Mittel gerechtfertigt, die

sonst für den Magen nicht wünschenswerth erscheinen, wie beispielsweise Digitalis, denn wenn dieselbe eine Besserung der Herzthätigkeit zu Stande bringt, so wird die Circulationsstörung geringer, und dadurch der Magen in günstigem Sinne beeinflusst. Es sind also die einschlägigen Krankheiten mit Eisen, Salinis etc. etc. zu behandeln.

Aber nicht nur medicamentös müssen wir bestehende Circulationsstörungen bekämpfen, sondern was mir richtiger scheint, auch den gestörten Kreislauf durch Kräftigung des Herzmuskels, Erhaltung der normalen Zusammensetzung des Blutes und Regulirung der Flüssigkeitsmenge und endlich Verhinderung von Fettansatz durch geeignete Diätetik zu corrigiren suchen.

Nach den Arbeiten von Oertel wird der Herzmuskel durch Anregung kräftiger Contraktionen, die bei möglichster Bewegung nicht nur in der Ebene, sondern namentlich beim Bergsteigen ausgelöst werden, gestärkt, zumal wenn ausreichende Eiweissernährung, die das Material zur Volumzunahme und compensatorischen Hypertrophirung des Herzens abgibt, vorgeschrieben ist.

Zur Normalerhaltung und Regulirung der Flüssigkeitsmenge des Blutes dient die vorzugsweise eiweiss- und stickstoffhaltige Nahrung, sowie eine möglichst beschränkte Flüssigkeitsaufnahme und die Wasserausscheidung durch Transpiration. Diese erreichen wir am besten durch Bewegung, trockene Wärme, römisch-irische und Dampfbäder und warme Einpackungen.

Bei einer in diesem Sinne geregelten Lebensweise ist auch die Verfettung verhindert.

Eine derartige Diät wird von dem Magenkranken

ganz gut vertragen werden, da ja seine Kost auch die Fette und Kohlehydrate möglichst meiden muss.

Es ist klar, dass bei derartiger Allgemeinbehandlung die strengste Rücksichtnahme auf das Individuum genommen werden muss, und dass man seine Kräfte nicht über- aber auch nicht unterschätzen soll. Diese Winke gelten nicht bloß für Circulationsanomalieen bei chronischer Gastritis, sondern auch für andere Magenkrankheiten auf der Basis einer Circulationsstörung.

Die Hauptsache bei Behandlung des Magenkatarrhs ist und bleibt aber die zweckmässige Diät, selbst in den Fällen, wo die chronische Gastritis ein Folgezustand ist. Die Kost sei leicht verarbeitbar für das erkrankte Organ! Um den Gährungsprocessen keinen Vorschub zu leisten, müssen die sonst leicht verdaulichen Kohlehydrate bei der Kost für Magenkranke möglichst beschränkt, unter Umständen ganz ausgeschlossen werden, ebenso sind die Fette, aus denen sich fette Säuren bilden, zu meiden. Die Nahrung bestehe also vorzugsweise aus eiweisshaltigen Substanzen, Milch, Fleisch, Eiern und Fleischsolution!

Dem Kranken in der Anstalt mit chronischem Magenkatarrh gebe ich, wo keine Contraindication besteht, in veralteten Fällen durch einige Tage die leichteste, von Leube als I bezeichnete Kost, womit die Kranken bei dem fast immer ganz darniederliegenden Appetit vollständig ausreichen. (Um die starke Gerinnung der Milch zu dicken Klumpen, die die Verdauung erschweren und die subjectiven Beschwerden steigern können, zu verhindern, setze ich, wo nöthig, namentlich in Fällen mit starker Säurebildung, Natr. carb. zu.) In recht intensiven Fällen kann auch die Aufnahme dieser flüssigen

Nahrung, um dem erkrankten Organe noch mehr Schonung angedeihen zu lassen, noch beschränkt, und der Kranke per rectum genährt werden.

Nach wenigen Tagen pflegt sich dann das Verlangen nach Essen einzustellen und dann gebe ich die Kost II, die dann meist gut vertragen wird, durch 8 bis 10 Tage; nun verlangen die Kranken gewöhnlich nach consistenteren, kräftigeren Speisen, und bekommen dann geschabtes Beefsteak.

Die subjectiven Beschwerden pflegen sich bis dahin meist gemildert zu haben und sind in günstigen Fällen wohl auch ganz geschwunden. Während dieser ersten Periode gebe ich nur ausnahmsweise, und zwar bei grosser Hinfälligkeit, Wein. Rathsam ist es hiebei immer, sowohl für den Arzt als Patienten, den Fortgang der Heilung zeitweise durch Ausspülungen zu controliren, die uns den richtigen Wink bei etwa zu raschem Vorwärtsgehen geben.

Aufstossen und das Gefühl des Drucks und der Völle pflegen am längsten zu persistiren.

Ergibt die Ausspülung bei Kost III ein befriedigendes Resultat, so erhält Patient Kost IV, die er durch lange Zeit einzuhalten gezwungen ist, denn Abweichungen und Excesse bedingen bei dem Jahre lang erkrankten Organe, das jetzt auf dem Wege der Reconvalescenz ist, leicht Rückfälle. Rothwein mit Wasser vermischt sei das Getränke!

Wenn wir aber auch so dem Magen die möglichste Schonung angedeihen lassen, so kommen wir damit allein doch oft nicht zum Ziel, zumal in intensiven Fällen, wo die Magengährung stark ausgebildet ist. Dieser

Einhalt zu thun, ist dann erste Aufgabe. Wenn wir auch die Gährung durch gewisse Arzneimittel beeinflussen können, durch Benzin, Salicylsäure, Kreosot, Borsäure und Kohlenpulver, so ist dies doch leider nicht vollständig genügend, und dürfte sich vielleicht da die Borsäure noch am meisten empfehlen. Ganz abgesehen aber von dem beschränkten therapeutischen Erfolg, bleiben die Speisereste doch auch im Magen zu lange liegen und ist dann öftere Entleerung (denn eine einmalige kann selbstredend nicht genügen) nach unten oder oben angezeigt.

Diese Entleerung kann durch Brechmittel Ipecacuanha, besser durch subkutane Einspritzung von Apomorphin, durch Ausspülen und Auspumpen des Magens nach oben und durch abführend wirkende Mineralwässer nach unten erreicht werden.

Von der Anwendung der Brechmittel möchte ich abrathen, indem dadurch das ohnehin ermüdete, kranke Organ entweder chemisch gereizt, unter allen Umständen aber mechanisch stark insultirt wird.

Es liegt auf der Hand, dass die Entleerung und Reinigung des Magens per Sonde, die wir willkürlich zu jeder Zeit auszuführen vermögen, und der wir dann eine medicamentöse, die Gährung hemmende Ausspülung gleich folgen lassen können, den Vorzug vor allen Methoden hat. Durch mehrmaliges Hineinlaufenlassen lauwarmen Wassers sind wir im Stande, den Mageninhalt vollständig zu entleeren, und werden wir in wenigen Fällen gezwungen sein, die Pumpe anzuwenden. Zu der nachfolgenden medicamentösen Auswaschung eignen sich Natr. bicarbon. und bei bestehender Obstipation

Natr. sulf., Borsäurelösungen und das von Belloc empfohlene Kohlenpulver, sowie Mineralwasser: Rakoczy, Karlsbader Wasser etc.

Zur Entleerung nach unten empfehlen sich viele Mineralwässer, von denen ich beim chronischen Magenkatarrh, namentlich dem inveterirten und mit starker Verschleimung einhergehenden, den Rakoczy nicht genug empfehlen kann. Die Entleerung geht leicht und mehrmals ohne das lästige Leibschneiden, wie bei den Glaubersalzhaltigen Wässern vor sich, der Appetit wird angeregt, und durch die wieder aufsteigende Kohlensäure wird im Ructus das bei der Magengährung entstandene Gas nach oben mit fortgerissen. Es macht sich beim Trinken ein angenehmes Wärmegefühl in der Magengegend bemerkbar, und unter dem Einfluss der Kohlensäure verliert sich bald das lästige Druck- und Völlegefühl.

Bei der Therapie des chronischen Magenkatarrhs ist der Rakoczy ein höchst erwünschtes Adjuvans. (Siehe die Fälle 3, 4, 5, 7, 12, 15 und 16). Die oft hartnäckige Verstopfung bei chronischem Magenkatarrh und überhaupt bei Magenleiden lässt sich erfolgreich mit Rakoczy bekämpfen, der angenehm und leicht zu nehmen, durch lange Zeit getrunken werden kann, ohne wie Glaubersalz-haltige Wasser den Darm zu überreizen und zu schwächen. Auch die Elektrizität und zwar am Besten der faradische Strom oder die Galvanofaradisation nach de Wateville, können hier von Nutzen sein. Bei Atonie des Darmes und Schwäche der Bauchmuskulatur ist oft die Anwendung der Massage von bestem Erfolg begleitet. Auch die Kaltwasserbehandlung, nament-

lich die Abreibung und Douche, das kalte Klystier und Sitzbad, sowie der Neptungürtel leisten gute Dienste. Die geeignete Entscheidung zu treffen, ist Sache des Arztes.

Die auch beim chronischen Magenkatarrh auftretenden und je nach ihrer Intensität noch speciell zu bekämpfenden Symptome, wie Schmerz, Erbrechen, Sodbrennen etc. werden am zweckmässigsten, wie dies schon beim akuten Katarrh angegeben wurde, behandelt.

Die Verabreichung von Salzsäure und Pepsin dürfte sich besonders da empfehlen, wo eine Verminderung dieser Magensaftconstituantien nachgewiesen ist, was bei der Behandlung gelegentlich durch eine Eiswasserausspülung festgestellt werden kann.

In Russland wird der Kefir (moussirender Milchwein) Sakwaska genannt, wegen seiner Leichtverdaulichkeit und seines Nährwerthes vielfach zu Magenkurven verwandt; Magendrücken, Schmerzen und Erbrechen sollen leicht bei seiner Anwendung schwinden. (Fall 5.)

Um das meist herabgestimmte Nervensystem günstig zu beeinflussen, sind Aufenthalt in kräftiger Waldluft, an Gradirwerken, Bäder, namentlich Soolbäder, eisenhaltige Quellen, Seebäder und Aufenthalt im Gebirge indicirt.

Das Magengeschwür.

Die Prognose des Magengeschwürs ist Dank einer trefflichen Behandlungsmethode keine ungünstige. Prog-

nostisch schlimme Bedeutung haben sehr starke und offenbar von der Arrosion grösserer Gefässe herrührende Blutungen, obwohl oft eine erstaunliche Hämatemesis nicht zum Tode führt, ferner gleichzeitige Phthisis, Herz- und Gefässkrankheiten.

Die Wahrnehmung von vernarbten Geschwüren an Leichen bietet uns die Gewissheit einer möglichen, vollständigen Heilung durch Vernarbung. Die Prognose wird infaust, sobald begründeter Verdacht für eine Perforation besteht, oder diese schon eingetreten ist, obwohl auch hier noch therapeutisch wenigstens Eisaufschläge und absolut ruhige Lage gegen die drohende Peritonitis, grosse Dosen Opium 0,06 3stündlich, Abstinenz jeglicher Nahrung und Fomentationen versucht werden müssen.

Gegenüber der so praktischen und mit so vielen Erfolgen gekrönten Behandlung des Magengeschwürs nach Leube tritt die medicamentöse Behandlung mit Argentum nitricum und Bismuth. subnitricum so sehr zurück, dass ich glaube, mit ihrer Erwähnung genug gethan zu haben, um so mehr, da die Methode Leube's immer und überall anwendbar ist.

Der Cardinalstandpunkt, von dem aus die Therapie des Ulcus ventriculi betrieben werden muss, ist die möglichste Fernhaltung mechanischer und chemischer Insulte von der Geschwürsfläche und thunlichste Reinhaltung des Ulcus. Es ist einleuchtend, dass eine mechanisch reizende Kost wie Schwarzbrot, Obst, Kartoffel, Hülsenfrüchte und auch Griesbrei mit seinen scharfen Körnchen, absolut zu meiden ist.

Noch schädlicher als die mechanischen, sind die

chemischen Reize, wozu natürlich auch die Einwirkung der normalen Salzsäure zu rechnen ist. Dadurch, dass wir den Kranken mit Fleischpankreasklystieren füttern, was durch lange Zeit möglich ist (ich hatte einen Fall, der 21 Tage nur vom Rectum aus ernährt wurde wegen vollständigen Verschlusses der Cardia durch Carcinom), sind wir im Stande, chemische und mechanische Reize vom Magen fern zu halten, da er sowohl des Geschäftes der Verdauung, als auch der Hinausschaffung der Speisen überhoben ist. So praktisch nun auch diese Methode ist, so werden sich doch in den meisten Fällen die Patienten einer länger andauernden ausschliesslichen Ernährung per Clyisma nicht unterwerfen.

Wir müssen also bestrebt sein, dem Magen eine Kost zuzuführen, die ihm möglichst wenig zu schaffen macht und womöglich gleich resorbirt wird, oder wegen ihrer flüssigen, emulsionsartigen Beschaffenheit recht leicht in den Dünndarm passiren kann. Es kommen also nur Flüssigkeiten, in erster Linie Milch und die Leube-Rosenthal'sche Fleischsolution in Betracht. Die Milch gerinnt erfahrungsgemäss in manchem Magen in dicke, zähe Klumpen, die mechanische Insulte setzen können, und ist deshalb nicht überall verwendbar, so nützlich sie auch wegen ihrer sonstigen Zusammensetzung ist.

Die Fleischsolution, bei deren Zubereitung das Fleisch durch Ueberhitzung und Behandlung mit Säure unter annähernd gleiche Verhältnisse wie bei der Verdauung gebracht ist, ist leicht resorbirbar und gleitet anstandslos, ohne zu reizen, vermöge ihrer emulsionsartigen Beschaffenheit über die Magenwände weg in

den Dünndarm. Dieselbe schmeckt nicht schlecht und wird am besten mit etwas Liebig'schem Fleischextrakt in ungesalzener oder nur schwachgesalzener Bouillon verrührt, gegeben.

Ebenso wichtig als die „Leichtverdaulichkeit“ für den Magen, ist die Häufigkeit der Verabreichung. Um den Magen möglichst wenig zu insultiren, muss die Zahl der Mahlzeiten auf höchstens 3, Frühstück, Mittag- und Abendsuppe eingeschränkt werden. Um die Ansammlung von Säure im Magen zu verhüten und die Geschwürsfläche thunlichst rein zu halten, ich möchte sagen abzuwaschen, empfiehlt sich das Trinken von Wasser, in dem Karlsbader Salz (1 Essl. auf 500 gr. Wasser) gelöst ist. Dies Quantum in etwa $\frac{3}{4}$ Stunden und 10 minutenlangen Pausen getrunken, bewirkt wegen seines Gehaltes an Kochsalz Förderung der Verdauung und Lösung des Schleimes, und wegen des darin enthaltenen kohlensauren Natrons Verminderung der Säure; die Haupteinwirkung des Karlsbader Wassers auf das Ulcus beruht nach Ziemssen auf seinem Gehalt an schwefelsaurem Natron. So unzweifelhaft auch die günstige Einwirkung des Karlsbader Wassers auf die Heilung des Ulcus ist, so ist dessen Gebrauch doch keineswegs unumgänglich nothwendig, und genügt bei strikte durchgeführter Diät der Genuss erwärmten Wassers überhaupt, sowohl zur Verdünnung der etwa vorhandenen überschüssigen Säure, als auch der Reinigung der Geschwürsfläche.

Noch besser können wir diese Postulata erreichen, wenn wir durch Ausspülungen die Ansammlung von Säure verhindern und die Geschwürsfläche reinigen.

Von der Anwendung der Magenpumpe, wie dies Schlimp that, glaube ich, ist wegen der Gefahr der Aspiration der geschwürigen Stelle und möglicher Perforation besser abzusehen, während ich in vorsichtiger und rechtzeitiger Anwendung der weichen Sonde ein schätzenswerthes Mittel zur Heilung sehe, wie ich dies schon in der allgemeinen Therapie angedeutet habe.

Die bestehende Verstopfung lässt sich erfolgreich mit Klystieren oder durch den Irrigator bekämpfen, nicht räthlich erscheint es mir, den Stuhl durch Arzneimittel wie Aloë, Rheum etc. zu erzwingen, da dadurch naturgemäss eine intensive Reizung des Magens bedingt ist.

Die von Leube gepflogene Methode ist folgende: Der Patient liegt möglichst ruhig im Bett, und bekommt heisse Umschläge tagsüber auf den Unterleib und Nachts Priessnitz'schen Umschlag; bei drohender Hämorrhagie Eisumschläge. In den ersten Tagen wird die obenerwähnte Karlsbadersalzlösung gegeben, auch sind später lauwarne Ausspülungen mit oder ohne Natr. sulf. am Platze. Die Nahrung ist Milch mit vollständig aufgeweichten und wohlzerkauten Cakes oder Einback als Frühstück, und Fleischsolution in der angegebenen Weise als Mahlzeit durch mindestens 1 Woche bis 10 Tagen; dann kann man leichte Suppen aus der Kostklasse II und nach 14 Tagen bis 3 Wochen die consistenteren Speisen von Kost II weiche Eier, Hirn, Briesel, Hähnchen, Taube etc. verabreichen und so ganz allmählig zu Kost III und IV aufwärts gehen.

Ich wende hier statt der Breiumschläge Umschläge von heissem Moor an, suche den Stuhl, wo er mangelt durch den Irrigator oder durch Klyisma zu fördern und

machte unter den schon besprochenen Umständen auch Ausspülungen, sowohl einfache als medicamentöse. Alles Fleisch gebe ich anfangs zerkleinert, entweder zerstampft oder als Haché, erst später in der gewöhnlichen Form. (Siehe Fälle 1, 2, 11, 20.)

Mehr in's Gewicht fallend als die heissen Breiumschläge, von denen es bei der Dicke der Bauchdecken und der tiefen, geschützten Lage des Organes immerhin fraglich ist, ob sie zu dem chronischen, torpiden Geschwür mehr Blut hinleiten können, ist jedenfalls die absolute Ruhe.

Mit dieser Behandlungsweise reicht man vollständig aus und ist selten gezwungen, zur Bekämpfung einzelner Symptome Medicamente herbeizuziehen, die nach Massgabe der jemaligen Erscheinung, wie schon bei der chronischen Gastritis erwähnt, zu wählen sind.

Unter den heissen Aufschlägen schwinden sogar meist die cardialgischen Beschwerden, zu deren Bekämpfung als ultima ratio die Morphinum-injection dienen kann. Gerhardt verwendet als schmerzstillendes Mittel das ferrum sesquichloratum mehrmals 3—4 Tropfen täglich in einem Weinglas voll Wasser.

Eine eigene Behandlung verdient jedoch das gefährlichste Symptom, die Hämatemesis. Hier ist absolute Ruhe, das Enthalten jeglicher Nahrung, Eisblase auf die Magengegend, Senfteige auf die Füße und Ergotin-injection (Ergot. 1,0 aq. dest. 7,5 Alcohol 2,5 Leube) zu verordnen.

Die innerliche Anwendung der Styptica ist nicht indicirt wegen des neuerdings zu befürchtenden Reizes, und weil sie ja meist in einen mit Blut und Speiseresten

angefüllten Magen gelangen, und überdies in grösseren Dosen zum Erbrechen reizen. Angewandt wurden und werden noch plumb. acet. 0,05—0,1, Tannin zu 0,3 und das Alaun, gläserweise als Alaunmolke zu trinken. Das ferrum sesquichloratum ist in wirklich blutstillenden Dosen nicht anwendbar und auch als Stypticum keineswegs sicher bewährt.

Bei Blutungen, die an Stelle der Menses auftreten, ist die Application von Blutegeln an den Muttermund, und bei gleichzeitiger Lebercirrhose Blutentziehung aus den Hämorrhoidalvenen angezeigt. Bei Scorbut und Anämie sind Eisenwässer, namentlich das pyrophosphorsaure Eisenwasser, die Franzensquelle und die leichtesten Eisenpräparate ferrum albuminatum und hydrogenio reduct, oder tinct. ferr. pomat. indicirt.

Gegen Ohnmachten, die dabei eintreten können, empfiehlt sich horizontale Lagerung des Kranken, um das Zuströmen des Blutes zum Gehirn zu erleichtern. Analeptica wende man nicht zu frühe an, da bei stärkerer, wieder erwachender Herzthätigkeit die Möglichkeit der oft lebensrettenden Gerinnselbildung verringert, wenn nicht aufgehoben wird!

Von den Analeptis empfiehlt sich vor allen die subkutane Einverleibung mehrerer Pavatz'schen Spritzen voll Aether. Zülzer injicirte Campher und Spirit. sulf. aether. mit Ammoniac. solut. anis. Wo keine Analeptica zur Hand, halte man dem Kranken ein Tuch mit Salmiakgeist oder starkem Essig getränkt, vor die Nase und besprenge sein Gesicht mit kaltem Wasser! Geronnenes Blut entferne man mit der Hand aus dem Munde des Ohnmächtigen!

Die Venäsection ist wegen der Gefahr, die Herzthätigkeit ganz zum Stillstand zu bringen, wo es sich oft nur um ein kleines Mehr oder Weniger Blut bei dem Anämischen handelt, zu verwerfen.

Da wir über die Aetiologie des Magengeschwürs in vielen Fällen nur Vermuthungen und keine sicheren Kenntnisse haben, ist von einer rationellen Behandlung des Grundleidens, von einer *Indicatio causalis*, keine Rede. In Fällen, wo das Ulcus von Anämie abzuhängen scheint, empfiehlt es sich nach den Erfahrungen Leube's vorerst die Behandlung des Ulcus allein in's Auge zu fassen, indem dadurch die Gefahr für weitere Blutverluste verringert und die Gesammternährung, mithin auch Blutneubildung gefördert wird. Später werden dann die schon erwähnten Eisenpräparate um so eher vertragen.

Der Magenkrebs.

Die Prognose des Magenkrebses ist absolut schlimm, denn das höchste, was mitunter erreicht wird, ist eine vorübergehende, scheinbare Besserung. Die Beobachtung von anscheinenden Narben geheilter Krebse ist eben so wenig stichhaltig, als das Zurückgehen palpabler Geschwülste, solange durch die Sektion nicht nachgewiesen ist, dass an die Stelle jener Tumoren weitverbreitetes und von den Ulcusnarben abweichendes Narbengewebe getreten ist. Die überwältigende Mehrzahl operativer Misserfolge lässt uns auch von der Resection der carcinomatösen Stelle Nichts hoffen.

Demnach ist auch unsere Therapie machtlos und kann sich nur auf eine Bekämpfung der Symptome beschränken, da eine Radicalbehandlung unmöglich ist. Seit alten Zeiten wurden eine Reihe von Medicamenten angewandt, aber umsonst! Und ein Ueberblick auf die von den verschiedensten Seiten empfohlenen Mittel, von der venetianischen Seife an bis zur Carbolsäure, beweist uns nur wiederholt unsere Machtlosigkeit!

Unter allen Arzneimitteln verdient hier entschieden die Condurangorinde verwandt zu werden. Können wir ihr auch keine specifische Wirkung zuschreiben, so sehen wir doch in manchen Fällen bei den Krebskranken, dass sich der Appetit hebt und die Verdauung bessert, was Friedreich beobachtete und neuerdings Leube und A. Hoffmann in Basel bestätigen.

Der Kranke schöpft Hoffnung und fühlt sich besser, wie ich dies selbst einmal zu sehen Gelegenheit hatte. Wenn wir uns den gedrückten, oft verzweifelten Zustand der Kranken vergegenwärtigen, werden wir um so eher zu diesem Mittel greifen, sieht doch dabei der Patient, dass überhaupt etwas für ihn gethan wird, und hält er sich dann doch selbst für nicht aussichtslos verloren! So sehr es gegen meine Ueberzeugung ist, bei den anderen Magenkrankheiten den Arzneien eine hervorragende Rolle zuzuweisen, so halte ich das Verordnen von Medicamenten im Interesse des Patienten beim Magencarcinom nicht nur für gerechtfertigt, sondern auch für absolut nothwendig.

Bezüglich der Diät für den Carcinomkranken ist zu bemerken, dass dieselbe leichtverdaulich, nicht gährungsliebend und kräftig sein muss, um Erbrechen, Schmerz,

Verdauungsbeschwerden zu beschränken, und den Kräfteverfall möglichst aufzuhalten. Man gebe hier möglichst der Neigung des Kranken nach, indem sich die meisten schon selbst einen Speisezettel gemacht haben, lasse sie aber absolut Unverdauliches meiden! Persistirt das Erbrechen, und wird die Magenverdauung immer schwächer, so empfehlen sich Fleischpankreasklystiere. Im Allgemeinen lasse man die Kranken keine heissen Speisen, und nur in kleinen Mengen auf einmal geniessen und sie das Essen womöglich in flüssiger, breiartiger Form nehmen, wie Fleischsolution, Haché etc.

Gegen die heftigen Schmerzen empfiehlt sich das Morphinum subkutan oder mit aq. amygd. amar. zu 10 bis 20 Tropfen; ebenso wird die Schlaflosigkeit bekämpft. Gegen das Erbrechen Opiate und Belladonna, Eisstückchen schlucken, der Genuss kohlenensäurereicher Getränke, Champagner und Selterswasser, namentlich bei brennendem, verzehrenden Durste und die Application der Kälte auf die Magengegend — freilich oft Alles umsonst!

Sehr quälend ist beim Carcinomkranken häufig das saure Aufstossen, das mitunter fauligen Geruch hat. Hier sind die Antacida und Holzkohlenpulver nach Oppolzer, Fox und Wilson zu reichen. Die Gährvorgänge werden mit Salicyl, Benzin oder Kreosot bekämpft.

Wünschenswerther wäre die Ausspülung, da sie meist auch auf den retardirten Stuhl wirkt, wenn nicht dieser Eingriff bei den Marantischen so häufig mit grösster Gemüthsdepression und Schwäche verbunden wäre. Nothwendig und auch oft recht erleichternd ist sie bei Pyloruscarcinom mit Magenerweiterung.

Gegen die Verstopfung sind Clysmata, und der Irrigator zu empfehlen, und sind nach meiner Ansicht die Abführmittel, die doch auch den Magen reizen, überflüssig. Gegen gleichzeitige Flatulenz benützte Walshe das Cajeputöl zu 2—3 Tropfen auf Zucker oder in Pillenform mit Erfolg.

Bei Collapszuständen werden die gewöhnlichen Excitantien Campher, Aether, Moschus etc. angewandt.

Bei Hydrops, der oft sehr bedeutend wird, ist von schwächenden Drasticis abzusehen, und Gebrauch von Diureticis, wie Kali acet. zu machen. Starke Diaphorese einzuleiten, verbietet der Schwächezustand.

Tritt Perforation ein, so ist der Exitus meist so rasch, dass man gar nicht zum Eis und den Opiaten zu greifen braucht. Eine Paracentese an einer halben Leiche zu machen, halte ich für überflüssig.

Die Magenerweiterung.

Die Prognose der Magenerweiterung ist seit Kussmauls Einführung der Magenpumpe in die Therapie eine weit günstigere geworden, denn wenn wir auch je nach der Ursache der Pylorusstenose, wie bei starker Verengerung durch Narben keine Restitutio ad integrum erzielen können, sondern nur eine Besserung und grosse Erleichterung des vorher oft unerträglichen Zustandes erreichen, so ist doch ein Theil der Ektasieen, wie dies Kussmaul mehrfach constatirte, entschieden heilbar.

Es gehören vor allen Dingen jene Ektasieen zu den curabeln, bei denen die Ursache ein nicht zu sehr

veralteter, und nicht auf einem unheilbaren Herz- oder Lungenleiden basirender Katarrh ist, oder wo wir als Grund der Dilatation nur übermässiges Essen, oder, wie ich vermuthe, abnorme Gährungsprocesse mit reichlicher Gasentwicklung annehmen können.

In solchen Fällen ist aber gewiss vollständige Heilung möglich und auch durch die Sonde constatirbar, wie ich mich zweimal in Fall 19 und 21 überzeugen konnte.

Je älter die Ektasie, je länger die Relaxation und übermässige Dehnung der Magenwände besteht, desto weniger ist Aussicht zur Rückkehr zur Norm, daher die Chancen bei vorgerücktem Alter ungünstiger sind, als in der Jugend, wo die Elasticität und Spannkraft der Muskulatur dem Magen leichter in die frühere Gleichgewichtslage zurückzukehren gestattet.

Besteht Magenerweiterung gleichzeitig mit Carcinom, Tuberkulose oder Zuckerharnruhr, so ist die Prognose schlecht.

Die Auspumpung und Ausspülung des erweiterten Magens bietet solche Vorthelle, dass sie der medicamentösen Behandlung, die durch gährungshemmende Arzneien und schnelles Hinausschaffen der Nahrung nützen soll, absolut vorgezogen werden muss. Denn abgesehen davon, dass wir in dem Kreosot nur ein beschränkt wirkendes Mittel haben, weil es in der wünschenswerthen Dosis nicht gegeben werden kann, führen auch Salicylsäure, Kohlenpulver oder Benzin nicht zum Ziele, weil sie die Gährungsvorgänge wohl beschränken, die Verdauung aber keineswegs fördern, und zur Fortschaffung der Ingesta Nichts leisten.

Die allgemeine Behandlung hat, soweit thunlich, auf ein eventuelles, die Dilatation wenigstens begünstigendes Leiden, wie Anämie, Rekonescenz von schwerer Krankheit etc. durch leicht verdauliche, roborirende Diät Rücksicht zu nehmen. In Fällen, wo grobe Excesse und unmässiges Essen Ursache sind, müssen diese natürlich beseitigt werden.

Es empfiehlt sich also im Allgemeinen, Leuten mit Magenerweiterung keine zu grossen, sondern wohl zugemessene, eher verkleinerte Portionen zu geben, und sie im Trinken zu reduciren; namentlich sind kohlenensäurereiche Getränke zu meiden. Die Kost sei kräftig und leichtverdaulich und nicht zur Gährung neigend! Es wird sich also vorzugsweise eine Fleischdiät mit möglichster Beschränkung der die Gährung liebenden Kohlehydrate empfehlen.

Beefsteak, Roastbeef, Hasen- und Rehbraten und Geflügel bilden die Mahlzeit und geringe Mengen möglichst kohlehydratarmer Gemüse, wie Spargel und Blumenkohl empfehlen sich in allen Fällen, wo nicht die Magenerweiterung Folge einer Magenerkrankung ist, da eine ausschliessliche Fleischnahrung von Vielen auf die Dauer nicht vertragen wird.

In der Anstalt pflege ich den Kranken als Frühstück eine kleine Tasse (200 gr.) schwarzen Kaffee mit wenig Zucker oder Milch und etwas Einback und 1 bis 2 weiche Eier zu geben. Das Mittagmahl besteht aus den angeführten Fleischspeisen mit Zugabe der genannten Gemüse, wo diese nicht contraindicirt sind. Suppe gebe ich nicht. Das Abendbrod ist kalter Aufschnitt oder Eier. Der Flüssigkeitsgenuss soll 1200 gr. pro die

nicht überschreiten, und empfiehlt sich neben dem Brunnenwasser leichter Moselwein, der bei Vielen fördernd auf den Stuhl wirkt.

In der Zwischenzeit lasse ich die Patienten aus den schon bei der allgemeinen Therapie angeführten Gesichtspunkten Nichts geniessen, denn auch die Erwägung, dass durch den mechanischen Akt bei der Verdauung die Muskulatur des Magens gestärkt und gestählt werden können, scheint hinfällig, da ja der erweiterte Magen dies schon lange genug vergeblich versucht hat, und uns die Elektrizität zu Gebote steht. Die mit Heisshunger Behafteten bekommen einige Cakes.

Aufenthalt in frischer, ozonreicher Luft ist in Anbetracht der häufigen Blutarmuth, nach der Rekonvaleszenz von schweren Krankheiten, sowie auch vorhandener allgemeiner Nervenschwäche nur zu empfehlen, wie denn auch Bäder entschieden die Gesamtconstitution vortheilhaft beeinflussen können.

Ausser diesem im Allgemeinen einzuschlagenden Wege empfiehlt es sich auch, die Patienten zur Unterstützung des durch den ausgeweiteten und gefüllten Magen herabgedrückten Leibes breite Leibbinden tragen zu lassen, und ihnen die Lagerung auf der rechten Seite bei der Ruhe und während der Nacht anzurathen, um den Speiseaustritt aus dem Magen möglichst zu erleichtern. Um den Tonus der erschlafften Magenmuskulatur zu heben, ist auch die Anwendung des constanten Stromes angezeigt, den auch Onimus empfiehlt. Er setzt die Anode in der Magengegend, und die Kathode in der Höhe des 3. Brustwirbels an

und leitet etwa 5 Minuten einen starken Strom durch, dann wird ein Pol an der kleinen, der andere an der grossen Curvatur angesetzt und der Strom einigemal unterbrochen.

Fürstner und Neftel behandelten Magenerweiterungen mit dem faradischen Strome perkutan, Kussmaul, Duchenne und Mader versuchten den Magen durch Einführung einer Elektrode mit der Sonde direct zu reizen, wodurch sehr energische peristaltische Bewegungen erzielt wurden. Zu starke Ströme erregen leicht Schwindel und Ohnmachtsanfälle. Duplay empfahl auch *nux vomica* in dieser Hinsicht.

Um die Sekretion des Magensaftes mehr anzuregen, empfiehlt sich neben den schon angeführten Nahrungsmitteln auch der Gebrauch der Pétrequin'schen Eismilchkur oder der Amara.

Der Hauptgesichtspunkt, von dem die Therapie ausgehen muss, ist, durch rechtzeitige Entleerung die Magenwände von Ueberlastung oder zu lange andauernder Belastung zu befreien, und durch Entfernung der gährenden Ingesta weitere Gährung und dadurch bedingte Ausdehnung, sowie stetige Reizung der Magenschleimhaut hintanzuhalten. Wird dies erreicht, so sucht die Muskulatur vermöge ihrer Elasticität wieder in ihre alte Gleichgewichtslage zurückzukehren, und mit dem Aufhören der Compression der Magenwandgefässe bessert sich die Resorption und indirekt die Ernährung der Magenwand selbst.

Eine einmalige Entlastung wird natürlich nicht zum Ziele führen, es muss also die Auspumpung oder Entheberung methodisch wenigstens 2mal im Tage, am

besten vor dem Frühstück und Abendbrod gemacht werden, und zwar so lange, bis der Kranke wesentlich Erleichterung fühlt, und in günstigen Fällen, bis der Magen durch die Sondeneinführung nachweisbar zur Norm zurückgekehrt ist.

In solchen die günstigsten Chancen bietenden Fällen gleitet die Sonde, die sich anfangs 65 und 70 und noch mehr Centimeter einführen liess, am Ende nur 62 und 60 Ctm. hinab, und das ausgespülte Wasser ist hell und klar und nicht mehr durch Galle gelblichgrün gefärbt, die, solange der Magen erweitert ist, leicht in die Magenhöhle gelangen kann, und aus deren Verschwinden wir auch auf entschiedene Besserung schliessen dürfen.

Aber nicht nur die Entlastung und Reinigung des Magens von scharfen, ätzenden Massen, sondern eben so sehr die Entfernung des Magenschleims, namentlich bei der morgendlichen Ausspülung, ist von therapeutischem Werthe, indem dieser wahrscheinlich eine Hauptrolle als Ferment in jenen Gährungsvorgängen spielt, die zur Entstehung der abnormen Buttersäure und des Wasserstoffes und der Kohlensäure Veranlassung geben.

Die Ausspülung, die, wenn mehrmals hinter einander gemacht, ebenfalls den Magen nach meinem Dafürhalten vollständig entleeren kann, hat noch den Vortheil, dass wir bei der letztmaligen Entheberung gährungswidrige Medicamente, Salicylsäure- und Borsäurelösung nach unserem Belieben lang einwirken lassen, und durch Zusatz von Natr. sulf. nicht nur zur Unterstützung der Kur selber, sondern auch zur Förderung des Stuhles beitragen können. Dass bei der Auspumpung unter allen Verhältnissen eine gründliche

Entleerung, auf die es sehr ankömmt, statt hat, soll hier gewiss nicht bestritten werden, und ist sie auch manchmal gar nicht zu umgehen, aber ein öfteres Ein- und Auslaufenlassen von Spülflüssigkeit führt auch zum Ziel, und wir gehen dann nicht Gefahr, die Magenschleimhaut zu aspiriren, was trotz gegentheiliger Behauptung leicht geschieht.

Es gibt aber Fälle, wo weder die Pumpe noch die Ausspülung gerechtfertigt ist, oder thunlich erscheint, wie beim Verdacht noch gleichzeitig anwesender Geschwüre, bei Schlingkrämpfen, unüberwindlichem Ekel vor der Sondirung, Geschwüren der hinteren Rachenwand und des Kehlkopfs etc.

Hier sind entschieden nach Köhler und Kussmaul Drastica (Extr. Colocynth. Scammon. Ol. Ricini mit einigen Tropfen Ol. Croton.) anzuwenden. Die Entfernung der Ingesta per os durch Brechmittel ist eine unvollständige und wegen der stark relaxirten Magenwand oft unmögliche.

Die Cardialgie.

Die Prognose ist in Rücksicht auf das Leben trotz der bedrohlichen Erscheinungen günstig, rücksichtlich der Heilung nur mit grosser Vorsicht günstig zu stellen. Die besten Chancen zur Heilung bieten jene Fälle, wo wir directe Anhaltspunkte für die einzuleitende Therapie haben. So bei Cardialgieen nach Fremdkörpern und fremdartigen Ingestis, wo die Ursache durch die Magen-

pumpe oder ein Brechmittel (am besten Apomorphin subkutan) entfernt werden kann.

Nicht so gut ist die Prognose bei Constitutionsanomalieen im weitesten Sinne, bei Chlorose, Syphilis, Malaria und Gicht, bei der reflectorischen Cardialgie, bei Uterinleiden und Hysterie, bei allgemeiner Nervenschwäche und durch Onanie oder Ausschweifung acquireder Neurasthenie; hier sind die Heilungschancen bedeutend schlechter, noch schlechter bei Magennarben und am schlimmsten bei Cardialgieen auf tuberkulöser und krebssiger Grundlage.

Soweit als möglich ist eine Causalbehandlung einzuleiten. Bei Chlorose empfiehlt sich die Anwendung der eisenhaltigen Wasser, der leichtverdaulichsten Eisenpräparate und stärkender Bäder, sowie Aufenthalt in ozonreicher, gesunder Luft; bei gleichzeitiger Syphilis die Schmierkur, das Jodkalium und Schwefelbäder; bei Malaria die dreiste Anwendung des Chinins; bei Arthritis die üblichen Curen, namentlich der Genuss grosser Mengen warmen Wassers, Sool- und Moorbäder und die besonders von Garrod empfohlene Ableitungsmethode zu den Gelenken, durch heisse Fussbäder und Senfteige.

Bei den Reflexneurosen nach Uterinleiden sind diese örtlich zu behandeln, und hat man da oft überraschende Erfolge. Bei der Hysterie, wenn nicht gleichzeitig der Therapie zugängliche Genitalleiden vorliegen, in welchem Falle sich die Prognose günstiger gestaltet, ist der Gebrauch der Kissinger Quellen und Bäder, die jährlich von einer grossen Zahl Hysterischer aufgesucht werden, von Vortheil, ebenso die rationelle Kaltwasserbehandlung, Seebäder und schliesslich die Anwendung

des Kal. bromat. und der Antihysterica Valeriana, Castoreum, Ammonium, Asa foetida etc. Aehnlich ist es mit der Hypochondrie, wo auf das Gemüth und die Willensenergie eingewirkt werden muss, und der Gebrauch der Bäder und Quellen oft recht erspriessliche Dienste leistet.

Bei dem Onanisten handelt es sich darum, ihn seiner Gewohnheit zu entziehen und moralisch auf ihn einzuwirken. Baden und kalte Abreibungen bewähren sich hier, und zur Anregung des oft gestörten Appetites der Gebrauch einer Appetit und Verdauung fördernden Quelle, wie des Rakoczy etc.

Gegen die Cardialgie selbst und ihre Anfälle ist die Elektrizität jedenfalls das souveräne Mittel, indem dadurch oft nicht nur Linderung, sondern vollständige Heilung erzielt wird. Es wird der constante Strom so, dass der Kranke ein Prickeln auf der Haut fühlt, je nach dem Individuum von 10—50 Elementen Stärke, angewandt.

Leube setzt die Anode auf die schmerzhafteste Stelle und die linke Axillarlinie mehr gegen die Wirbelsäule zu und lässt den Strom 5—10 Minuten andauern. Bei fortgesetzter Galvanisation kann der Schmerz ganz ausbleiben. Ich selbst wandte den faradischen Strom an, der hauptsächlich von Beard und Rakwell und auch von den japanischen Aerzten Oka und Harada benützt wird. Namentlich bewährt er sich gegen rein nervöses Erbrechen.

Die von Kussmaul gehandhabte und von Malbranc veröffentlichte Anwendung der Magendouche leistet oft

die besten Dienste, besonders bei Cardialgieen, die nach abgeheiltem Ulcus zurückblieben.

Die Magendouche wird des Morgens bei nüchternem Magen mit einer Mischung von einfachem und kohlensäurereichen Wasser, das auf 38° C. erwärmt ist, vorgenommen. Man führt dabei die Sonde nur bis zum Mageneingang ein und lässt die erwärmte Wassermenge aus einer Höhe von 1 Meter in den Magenraum hineinströmen.

Die Wirkung ist die des localen warmen Bades, indem die gesteigerte Reizbarkeit der Magennerven heruntergesetzt, die Circulation erleichtert wird und etwaige, reflectorisch-spastische Contractionen der Muscularis aufgehoben werden. Die in der Spülflüssigkeit reichlich enthaltene Kohlensäure wirkt nicht nur anästhesirend, sondern auch durch mässigen Reiz auf die katarrhalische Schleimhaut heilungsfördernd und regt überdies die Darmperistaltik an. Selbstverständlich ist die Magendouche bei zu befürchtenden Blutungen contraindicirt. In einem Falle hatte ich recht guten Erfolg bei der Douche mit Rakoczy, der auf 38° erwärmt war. (Siehe Fall 9).

Von Medicamenten ist das Bismuthum subnitricum, das Arsen, argentum nitricum, plumbum aceticum, die nux vomica, Kaffe, das Chloral und das Morphium hydrochlorium gerühmt. Letzteres verdient subkutan oder in Tropfenform am meisten Vertrauen.

Die nervöse Dyspesie.

Mit der Prognose der nervösen Dyspepsie steht es wie mit der Vorhersage vieler anderen Nervenleiden auch. Zweifelsohne ist sie heilbar, wie uns das von vielen Seiten bestätigt wird, aber wohl in den meisten Fällen müssen wir uns mit einer Besserung begnügen, und in vielen Fällen besteht sie trotz aller therapeutischen Massregeln hartnäckig weiter.

Die Therapie umfasst vorerst einen kleinen Kreis von verwerthbaren Mitteln, und ist dies leicht verständlich, wenn wir bedenken, dass man in Deutschland erst neuerdings wieder dieser Krankheit näher getreten ist.

Von dem Gesichtspunkt ausgehend, dass in den meisten Fällen das Gesamtnervensystem des Kranken beeinträchtigt ist, ob nun primär, und dann quasi als günstige Entwicklungsbedingung für die Dyspepsia nervosa vorausgehend, oder sekundär im Sinne Leube's von dem Magennervengebiet sich auf das übrige Nervenleben übertragend, wird zunächst die allgemeine Kur darauf bedacht sein, die etwa gleichzeitig vorhandene Chlorose, Hysterie, Hypochondrie und Neurasthenie nach Ueberanstrengung des Geistes und anderen psychischen Unbilden, nach Excessen in Venere und Onanie zu bekämpfen.

Die Therapie muss bestrebt sein, eine Kräftigung und Wiedererstarkung des Gesamtnervenlebens zu erzielen. Moralische Einwirkung auf die Willenssphäre des Kranken ist stets zu versuchen. Daneben empfiehlt

sich der Aufenthalt in guter, frischer Waldluft, für den Hypochonder muntere Gesellschaft, eine rationell durchgeführte Kaltwasserkur und an hiesigem Orte der reiche Schatz unserer Quellen und Bäder.

Denn abgesehen von der günstigen Einwirkung unserer kochsalzhaltigen Quellen, Rakoczy und Pandur auf den Appetit, die Verdauung und wegen ihres hohen Kohlensäuregehaltes auf die Hyperästhesie des Magens, fördern diese ja auch den bei Dyspepsia nervosa meist angehaltenen Stuhl, und bringen durch all diese Momente einen körperlichen und geistigen Umschwung zu Stande, ohne, wie die Glaubersalz-haltigen Quellen den Magen zu stark zu reizen und das Körpergewicht zu reduciren.

Dass die Einwirkung der Bäder von grossem Nutzen sein kann, wird Niemand leugnen. Es empfehlen sich hier zuerst die warmen Soolbäder, mit deren Temperatur ganz allmählig zu den kalten Soolbädern mit Welle und Strahl herabgegangen werden kann. Dabei pflegt sich das Nervensystem zu stählen, wie viele Erfahrungen der hiesigen Aerzte bestätigen. Die bei den kalten Soolbädern angewandten Douchen auf die Bauch- und Magengegend applicirt, erhöhen, wie ich mich mehrfach überzeugte, die Wirkung des Bades, und kann dies als ein Uebergang zum Seebad betrachtet werden.

Zur Nachkur sind für kräftige Personen die Seebäder, für zartere Constitutionen Gebirgsaufenthalt dienlich.

Von besonderem Nutzen für Chlorotische, sowohl als Vorbereitung für eine später zu gebrauchende Trink-

kur von Eisenwässern, als auch zum Gebrauche von Eisenpräparaten, erweisen sich unsere Kochsalzquellen mit ihrem immerhin nicht zu unterschätzenden Eisengehalt.

Das Ergotin, in Pillenform von Leube gegeben, kann von entschiedenem Nutzen sein, was ich selbst bei einer Dame beobachtete. (Siehe Fall 14.) Gegen Hyperästhesie sind Opium und Chloral gerühmt.

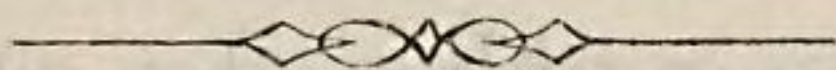
Dass in der Therapie dieser Krankheit die Elektrizität von Einfluss sein kann und vielfach angewandt wird, erscheint selbstverständlich. Beard und Rockwell gebrauchen sie innerlich. Leube sah davon keinen besonderen Vorthail gegenüber der Anwendung sowohl des inducirten als constanten Stromes von Aussen in der bei der Cardialgie angegebenen Weise.

So bestechend indess bei der ersten Betrachtung die Verwerthbarkeit der Elektrizität erscheint, so wird man doch gut thun, sich keinen zu sanguinischen Hoffnungen hinzugeben, denn in einer beträchtlichen Anzahl von Fällen bleibt trotz der Verordnung aller das Nervensystem umstimmen sollender Mittel das Leiden hartnäckig bestehen. So sah ich, trotzdem ich gar Nichts unversucht gelassen, und die Kur ein halbes Jahr fortgesetzt hatte, bei einem jungen Musiker mit ausgesprochener nervöser Dyspepsie keine Spur von Besserung eintreten, sondern der Fall blieb nach wie vor gleich.

Ein ängstliches Einhalten der Diät ist nicht von Nutzen. Schwerverdauliche Speisen und namentlich quantitativ starke Mahlzeiten sind zu meiden. In dieser Krankheit, wo keine organische Magenerkrankung vor-

liegt, scheint mir auch eine öftere Mahlzeit gestattet, zumal wenn Heisshunger besteht. Auch hier kann die Darreichung von Salzsäure von Nutzen sein.

Ausserdem Sorge man für möglichste Abwechslung in der Küche und gestatte auch Gewürze und Reizmittel, wie Meerrettig etc., zumal, wenn die Magendrüsen mangelhaft secerniren. Die Kost sei eine roborende!





ANHANG.

Die praktische Anwendung der in diesem Buche niedergelegten Ansichten und Erfahrungen wird aus nachstehenden Krankengeschichten, die ich dem in meiner Heilanstalt für Magenkranke während der Saison 1884 behandelten Material entnehme, ersichtlich sein.

Es wurden in diesem Zeitraum in der Anstalt 39 Personen behandelt und mit Leube'scher Küche verköstigt. Dem Geschlechte nach waren es 31 Männer und 8 Frauen; der Nationalität nach 34 Deutsche, 4 Amerikaner und 1 Russin.

Es litten hievon: 19 an den Erscheinungen des chronischen Magenkatarrhs, 6 an nervöser Dyspepsie, 5 an Magengeschwüren, 4 an Magenerweiterung, 3 an Carcinom, 1 an acutem Magenkatarrh und 1 an reiner Cardialgie. Geheilt wurden 24; gebessert 11; 3 traten

aus (hievon Einer auf meinen Rath, und 2 mussten abreisen); gestorben ist Einer und zwar an Krebs des Mageneingangs.

Es handelte sich fast in allen Fällen um sehr heftige oder doch sehr lange bestehende und vielfach behandelte Leiden.

Wem die Zahl zu gering erscheint, der möge bedenken, dass ich im verflossenen Jahre zum ersten Male hier Kranke nach Leube'schem System in meinem Hause verpflegte, und dass dem alten Herkommen gemäss der grösste Theil unserer magenkranken Kurgäste es lieber mit der bequemerem Brunnenkur versucht, als sich einer systematisch durchgeführten Behandlungsweise unterzieht.

I. Fall.

M. M. aus **G.**, 45 Jahre alt. Patient hatte als Kind Masern und Scharlach. Eltern sind todt, Mutter soll an einem Leberleiden gestorben sein. Vor 10 Jahren litt M. an Congestionen und Kopfschmerzen. Jetzige Krankheit begann vor 1 $\frac{1}{2}$ Jahren mit Spannung, Druck und Völle in der Magengegend, das sich beim Essen und Trinken steigerte. Stuhl war angehalten. Appetit war anfangs vorhanden, verlor sich aber dann mehr und mehr. Die Beschwerden steigerten sich, und Patient empfand anfangs dumpfen, später brennenden Schmerz in der Magengegend und zwischen den Schulterblättern ausstrahlend, der sich beim seitlichen Liegen minderte; er wurde beim Essen schliesslich so heftig, dass Patient aus Angst Nichts ass und fast nur flüssige Nahrung aufnahm. Er wurde schwach, müde in den Beinen, und sein Körpergewicht ging zurück,

was ihn veranlasste, sich von den Geschäften zurückziehen. Seit $\frac{1}{2}$ Jahre ist der Schmerz 2 Ctm. unterhalb des proc. syphoideus localisirt. Erbrechen fehlt.

Status praesens. M. hat kräftigen Knochenbau, ist mittelgross und von blasser, gelblicher Hautfarbe. Sein Körpergewicht hat bedeutend abgenommen, um circa 26 Pfd. in einem Jahre. Schleimhäute, soweit sichtbar, blass. Starker foetor ex ore. Lunge und Herz gesund. Athmung regelmässig; Puls weich und frequent. Magen-gegend auf Druck sehr empfindlich. Druck auf den bezeichneten Schmerzpunkt steigert den Schmerz intensiv. Magen erscheint bei der Perkussion vergrössert. Kein Tumor fühlbar, Inguinaldrüsen und Supraclaviculardrüsen nicht geschwollen. Stuhl erschwert und von schwarzer, theerartiger Beschaffenheit. Patient will oft solche Stühle gehabt haben. Hämorrhoidalknoten nicht fühl- und sichtbar. Harn eiweiss- und zuckerfrei. Ausspülung ergibt nach 7 Stunden reichlich unverdaute Speisereste.

Diagnose: Ulcus ventriculi. Therapie: Ruhige Lagerung, Moorumschläge, Milch- und Fleischsolution. Nach acht Tagen ist der Schmerz fast ganz geschwunden. Patient bekommt Suppen und weiche Eier. Nach weiteren 8 Tagen, wo sich starker Hunger einstellte, erhielt er Kost II. Eine vorgenommene Probeausspülung ergibt gekochtes Hähnchen mangelhaft verdaut. Leichtere Kost und Darreichung von Salzsäure. Subjectives Wohlbehagen. Gewicht um 1 Pfd. zugenommen. Eine zweite Controleausspülung ergibt Beefsteak fast vollständig verdaut. Subjective Beschwerden geschwunden, nur Stuhl retardirt. Da sich Patient zu einem längeren Verweilen nicht mehr entschliessen kann, wird er mit bestimmter Diätvorschrift entlassen.

II. Fall.

Frhr. v. G. aus **M.**, 25 Jahre alt. Hereditär Nichts vorliegend. Hatte als Kind die Masern, und war zur Pubertätszeit mit Herzklopfen behaftet und anämisch. Litt vor 3 Jahren an starker Magenverschleimung und regelmässigem Vomitus matutinus. Seit einem Jahre stellte sich heftiges Magendrücken, das sich beim Essen steigerte, ein, dabei schlechter, pappiger Geschmack im Munde und Appetitlosigkeit. Häufiges Erbrechen von Schleim und Galle. Starke Beengung nach dem Essen, besonders nach schweren Speisen, Sodbrennen, Ructus mit reichlicher Gasentleerung und Magenkrämpfe. Stuhl sehr unregelmässig; meist Obstruction. Patient erbrach vom October 1883 bis Mai 6mal Blut, jedoch nicht copiös. Er nahm 10 Pfd. an Körpergewicht ab. Excesse im Essen und Trinken werden zugegeben.

Status praesens. v. G. mittelgross, von schwächlicher Statur, hat eine gelblich blasse Farbe. Er ist mager. Klagt über heftige Magenschmerzen und kann nicht auf der rechten Seite liegen. Schmerz hauptsächlich 6 Ctm. oberhalb des Nabels etwas nach rechts. Derselbe steigert sich auf Druck. Die schmerzhafteste Stelle zeigt eine gewisse Resistenz. Perkussion ergibt den Magen mässig aufgetrieben, und erscheint er erweitert. Herz und Lunge gesund. Leber unter den Rippenbogen reichend.

Diagnose: Magengeschwür. Ordination: Ruhige Lage, Moorumschläge, I Kost. Nach 12 Tagen sind die Schmerzen ganz geschwunden; der Appetit kehrt wieder, und Patient erhält Kost II, die er gut verträgt. Nach weiteren 14 Tagen Probeausspülung. Geschabtes Beefsteak nicht ganz verdaut. Kleine Gaben Rakoczy. Eine weitere Ausspülung ergibt nach 5 Wochen Kost IV nach 7 Stunden verdaut. Patient sieht gut aus und hat 4 Pfd. zugenommen. Subjective Beschwerden ganz geschwunden. Geheilt entlassen.

III. Fall.

V. B. aus Brooklyn, 47 Jahre alt. Eltern todt. Hereditär liegt nichts vor. Geschwister gesund. Hatte Masern und 1872 die Blattern, 1881 ein volles Jahr Malaria, bei der er enorme Dosen Chinin bekam. Seit daher datiren seine Magenbeschwerden, die sehr freigebig mit Medicamenten behandelt wurden. Steter Appetitmangel. Gefühl von Druck und Völle und namentlich starkes Aufstossen von Gasen und saurer Flüssigkeit. Stuhl bald diarrhöisch, bald hart. Oftmaliges Erbrechen von Speisen, Speichel, Galle und zähem Schleim. Vomitus matutinus regelmässig, Blut wurde nie erbrochen. Es wurden ihm reichlich „Magenmittel“ gegeben. Die Beschwerden steigerten sich mehr und mehr, und der Appetit verlor sich fast ganz.

Status praesens: Grosser, starker Mann, etwas mager und von gelb-bräunlicher Hautfarbe. Ikterische Färbung der Conjunctiva fehlt. Herz und Lunge gesund. Leber vergrössert und unter dem Rippenbogen fühlbar, aber vollständig glatt. Supraclaviculardrüsen nicht geschwollen. Keine Milzvergrösserung. Klagt über Druck und Völle nach dem Essen und Magenkrämpfe. Häufiges Aufstossen von sauren Massen. Foetor ex ore. Magen-gegend vorgewölbt und auf Druck empfindlich. Schmerzpunkt keiner vorhanden, kein Tumor fühlbar, Urin eiweiss- und zuckerfrei. Patient ist starker Raucher und schuldigt den Missbrauch mit Chinin und Magenmitteln als Ursache seines Leidens an. Ausspülung ergibt Beefsteak nach 7 Stunden fast ganz unverdaut. Spülflüssigkeit reagirt stark sauer. Patient hat 30 Pfund in seiner Krankheit abgenommen.

Diagnose: chronischer Magenkatarrh. Ordination: Kost II und gegen die cardialgischen Beschwerden heisse Mooraufschläge, Rakoczy. Patient erholt sich zusehends, die subjectiven Beschwerden werden immer geringer und nach 14 Tagen stellt sich intensiver Hunger ein. Kost

III wird gut vertragen. Patient verdaut Kost IV leicht und nahm in 4¹/₂ Wochen 3 Pfd. zu. Wurde geheilt entlassen.

IV. Fall.

H. W. aus N., 42 Jahre alt. Eltern leben und sind gesund. Geschwister blutarm. Patient litt vor 22 Jahren an Gelbsucht. Hatte als Gymnasiast häufig saures Aufstossen und war ein „schwacher Esser“. Er leidet seit 1873 an rheumatischen Beschwerden und hat innerlich viel Salicyl- und Benzoësäure genommen. Von da ab datirt er seine Magenschwäche. Rheumatismus persistirt. Patient hat viel und anstrengend geistig gearbeitet. Seit 3 Jahren wurden die Magenbeschwerden, namentlich Erbrechen von Speisen und Schleim, Sodbrennen, saures Aufstossen, Widerwillen gegen Speisen immer heftiger. Blut wurde niemals erbrochen, aber oft Galle. Das Erbrechen war im Januar 1884 durch 8 Tage fast nicht zu stillen. W. litt viel an Diarrhöe, die sich morgens einzustellen pflegte. Anfangs März machte er eine Rippenfellentzündung (rechts) durch. Mitte desselben Monats kehrte das Erbrechen wieder. Jetzt klagt P. über grosse Schwäche in den Beinen und Appetitmangel. Schmerzen von Seiten des Magens waren nie vorhanden.

Status praesens: Patient ist sehr abgemagert, mit bleichen, eingefallenen Wangen. Die sichtbaren Schleimhäute sind blass und anämisch. Die Haut ist trocken und blass-gelblich. Appetit fehlt ganz. Infiltration der rechten Lungenspitze und Perkussionston an Stelle der Pleuritis gedämpft. Thorax sehr abgemagert. Herz gesund. Magen-gegend leicht vorgewölbt, aber nirgends schmerzhaft. Lebergrenze normal. Blitzartige Schmerzen in den Extremitäten, Hahnentritt und schwankender Gang. P. kann bei geschlossenen Augen nicht gehen. Harn eiweiss- und zuckerfrei. Ausspülung ergab Beefsteak nach 7 Stunden

fast unverdaut, und die Probe auf Salzsäuregehalt mit Eiswasser erwies diesen vermindert. Patient ist sehr nervös.

Diagnose: Chronischer Magenkatarrh. Ordination: Rakoczy und geeignete Diät. Durch einige Tage lebte Patient nur von leichten Suppen und Eiern, dann hob sich der Appetit, und der Patient machte allmählig die vier Kostklassen ohne Beschwerden durch. Die Diarrhöen verloren sich, und H. W. sah am Ende der Kur viel besser aus. Erbrechen und Aufstossen fehlten ganz, und der Appetit war ein sehr guter. Auch das Körpergewicht nahm zu. Bei der hochgradigen Schwäche der Beine konnte Patient nur wenig baden. Es wurden Einreibungen von Ol. Hyosciam. und Chlorof. gegen die Schmerzen in den Beinen gemacht, aber aus hier nicht zu erörternden Gründen von einer Behandlung der tabetischen Erscheinungen abgesehen. Da Patient nach 4 1/2 Wochen mit bestem Appetit ass und Kost IV sehr gut vertrug, wurde er von seinem Magenkatarrh geheilt entlassen.

V. Fall.

M. aus Odessa, 25 Jahre alt, war seither gesund und hatte als Kind Masern und Scharlach. Mit 14 Jahren litt sie an Bleichsucht. Sie hatte 2 Geburten, und sind die Menses ganz regelmässig. Vor 4 Jahren begannen die Magenbeschwerden mit mangelhaftem Appetit, saurem Aufstossen, schlechtem Geschmack im Munde, Druck und Völle in der Magengegend, heftigen Kopfschmerzen und zeitweisem Schluchzen. Das Gefühl von Druck und Völle trat besonders nach dem Essen ein. Patientin nahm zuerst argent. nitr. mit natr. bicarbon. ohne jeden Erfolg, wobei jedoch gar keine Diätvorschriften gegeben waren. Später will sie „künstlichen Rakoczy“ mit und ohne Milch erfolglos getrunken haben. Dann machte sie eine Kumys- und Kefirkur durch, wobei sie sehr abgenommen zu haben

angibt (circa 26 Pfd.) Patientin unterzog sich dann noch einer Milchkur, bei der eine zeitweise Besserung eintrat.

Status praesens: Patientin mittelgross hat ein gutes, allerdings etwas blasses Aussehen. Sie klagt über Druck und Spannung nach dem Essen, jedoch sei der Appetit besser. Kopfschmerz besteht unabhängig von der Mahlzeit, sowohl nüchtern, als nach dem Essen. Erbrechen fehlt. Die Magengegend ist nicht empfindlich, und ruft Druck keine wesentlichen Beschwerden hervor. Eine Untersuchung der Brustorgane, sowie Sondirung musste unterbleiben. Patientin ist durchaus nicht nervös und gibt an, dies auch nie gewesen, und namentlich es nicht seit ihrem Magenleiden geworden zu sein. In ihrer Familie herrscht weder Hysterie noch Neurasthenie. Pat. erzählt, stets sehr viel Obst und Gemüse gegessen zu haben.

Diagnose: Trotz einzelner Erscheinungen, die auf Dyspepsia nervosa bezogen werden konnten, wie das früher vorhandene Schluchzen, glaubte ich doch bei dem Mangel jeglicher Nervenerscheinungen und aus dem einmaligen temporären Erfolg nach der consequent durchgeführten Milchkur, einen **chronischen Magenkatarrh** annehmen zu müssen. **Ordination:** Rakoczy und Kost II. Durch mehrere Tage nur Suppen und Eier. Patientin verlor in 4 Wochen bei Genuss aller 4 Koststufen alle Magenbeschwerden. Sie ass mit Appetit und ohne Beschwerden. Der Kopfschmerz wurde zwar seltener, aber schwand nicht ganz. P. brauchte auch Sool- und Wellenbäder.

VI. Fall.

H. v. G. aus St. bei W., 53 Jahre alt, war früher nicht krank. Rechterseits lähmungsartiger Zustand nach einem Trauma. Patient leidet seit 4 Jahren an Magenbeschwerden, die mit Appetitlosigkeit und Blähungen begannen. Später stellte sich Druck- und Völlegefühl beim Essen ein;

Schmerz nie. So ging es bis vor einem halben Jahre fort; da trat Widerwillen gegen jede Nahrung und sofortiges Erbrechen nach dem Genusse von Speisen auf, so dass sich Patient von seinen Tischgenossen trennte. Patient nahm rapide ab, und litt ausserdem an hartnäckiger Verstopfung.

Status praesens: v. G. ein grosser, sehr abgemagerter Mann mit schmerzlichem Gesichtsausdruck, den Mund in die Breite gezogen, ist von fahler, in's Graue spielender Gesichtsfarbe, wobei erweiterte Venen deutlich sichtbar sind. Herz und Lunge gesund. Unterleib stark eingezogen, Inguinal- und Supraclaviculardrüsen geschwollen; Rippenbogen stark vorspringend. Magengegend nicht schmerzhaft, und kein Tumor durchzufühlen. Puls sehr schwach und beschleunigt. Patient hat seit 14 Tagen gar keine Nahrung mehr bei sich behalten und wurde per rectum ernährt. Unmittelbar nach der Aufnahme von Getränken oder geschabtem Fleische wird erbrochen. Von 500 CC. Milch kommen wieder 420 CC. heraus. Legt man das Ohr auf den Rücken des Kranken, und lässt ihn schlucken, so hört man entsprechend der Cardiagegend die Flüssigkeit auffallen und regurgitiren. Da Patient äusserst schwach war, wurde von einer Untersuchung mit der Sonde abgesehen, welche jedoch v. G. einen Tag später verlangte. Die Sonde stiess nach 33 Ctm. Einführung auf Widerstand und konnte nicht weiterbewegt werden; durch leichte Drehungen gelang die Sonde über diesen Punkt weg und in die Magenhöhle; der Versuch Milch einzugiessen, misslang, da sich beim Herausziehen die Sondenfenster mit Blut, Eiter und einer käsigen Masse verstopft zeigten. Die mikroskopische Untersuchung ergab Blutkörperchen, Eiterzellen und Fettkörperchen, aber keine Carcinomzellen. Harn eiweisfrei.

Diagnose: Carcinoma cardiae. **Ordination:** Eisstückchen schlucken wegen des brennenden Durstes, Champagner, Tokayer, Milch, geschabtes Fleisch, das aber Alles erbrochen wurde. Ernährung mit Klystieren. Patient

starb nach 7 Tagen, nachdem er 21 Tage nur per Rectum ernährt worden war.

VII. Fall.

Z. aus C., 35 Jahre alt, hatte als Kind Masern und Croup, war sonst nie krank und datirt sein Magenleiden vom Feldzuge her, das er durch unregelmässige Lebensweise acquirirt zu haben glaubt. Inficirte sich 1870 und machte 2 Kuren durch. 1873 bekam er Durchfall, der aber bald schwand. Die Beschwerden waren: schlechter Geschmack im Munde, Druck, Völle post coenam, mangelnder Appetit, Kopfschmerz, Schwindel, und hie und da Erbrechen. Obstipation. Er nahm eine Reihe von Stomachicis. Das Körpergewicht nahm nicht ab, jedoch wurde das Aussehen schlechter. Der Schlaf war sehr unruhig, und P. fühlte sich sehr matt, dabei hatte er Kälte in den Beinen, Flimmern vor den Augen bei nüchternem Magen und Kopfschmerz. Er gebrauchte kalte Abreibungen, Chinin und Eisen, und ging 2mal erfolglos nach Carlsbad.

Status praesens: Z. von guter Statur über Mittelgrösse, hat blass-gelbe Hautfarbe und ist im Gesichte mager, klagt über Druck und Völle nach dem Essen, fehlenden Appetit, Kälte in den Füßen und Kopfschmerzen. Stuhl verhalten. Herz und Lunge gesund. Magengegend vorgewölbt und auf Druck sehr empfindlich. Inguinaldrüsen geschwollen. Ausspülung ergibt Beefsteak fast ganz unverdaut nach 7 Stunden.

Diagnose: Chronischer Magenkatarrh. **Ordnation:** Rakoczy und Kost II nur mit Suppen und Eiern beginnend, und langsam zu Kost III und IV übergehend. Eine Probeausspülung ergibt in der 3. Woche geschabtes Beefsteak ganz verdaut. Die subjectiven Beschwerden schwinden, Stuhl regelmässig, das Aussehen hebt sich, und Patient wird nach 31 Tagen geheilt entlassen.

VIII. Fall.

H. aus B., 56 Jahre alt, leidet seit 20 Jahren an Magen- und Unterleibsbeschwerden, die sich als Verstopfung und reichliches Aufstossen von Gasen einstellten. Vor 16 Jahren litt er an der Ruhr. Schmerz und Druck, sehr stark ausgeprägtes Völlegefühl beständig; hypochondrische Stimmung. Schlaf war unruhig. Er besuchte 3mal Karlsbad vergeblich, machte Schroth'sche und Kaltwasserkuren erfolglos durch. 1865 wurde sein Leiden als Ektasie erkannt. Er hatte damals heftige Schmerzen (ulcus?) Vor 10 Jahren wurde er zwar mit der Schlundsonde behandelt, dabei aber keine Diät eingehalten; P. ass gerne und reichlich Gemüse und fette Sachen. Bei dem Gebrauche kleiner Mengen Rakoczy vorigen Jahres fühlte er sich besser, doch stellten sich, nach Hause gekehrt, alle Beschwerden wieder ein. Patient glaubt eine missleitete Karlsbader Kur (5 Becher) als Ursache seines jetzigen Zustandes annehmen zu müssen.

Status praesens. H. von mittelgrosser Statur, sieht sehr schlecht und abgemagert aus. Gesichtsfarbe fahl und gelblich. Klagt über starkes Völlegefühl, der Leib ist ihm wie aufgetrieben nach dem Essen, so dass er Weste und Hose lüften muss. Schmerz und Druck im Magen ist beständig. Schlaf sehr unruhig. Appetit mangelt gänzlich, wenn Patient nicht morgens seinen Magen von zähem, grün-gelblichem Schleim mittelst eines gegen den Unterleib gestemmt Stockes entleert. Bei dieser von ihm seit Jahren geübten Manipulation trinkt er zuerst reichlich Wasser, und indem er den Stock gegen das Abdomen drückt, läuft das Wasser grün-gelblich aussehend und mit Schleim vermischt, wie aus einem Brunnen aus dem Munde des Patienten. Dann tritt oft Heisshunger auf. Stuhl nur mit Hilfe des Irrigators. Kopfschmerz; hypochondrische Stimmung. Aufstossen von Gasen; starker Foetor ex ore. Keine Drüsenschwellung, kein Tumor fühlbar. Lunge und Herz gesund. Magengegend verstrichen, eher eingesunken,

dagegen der Unterleib sehr stark vorgetrieben. Der Magen scheint „wie ein weiter Sack nach unten zu hängen.“ Die nach Mankopf'scher Methode vorgenommene Perkussion ergibt die untere Magengrenze bis fast handbreit oberhalb der Symphyse. Die Sonde lässt sich mit Mandrin bewaffnet 76 Ctm. einführen. Harn eiweiss- und zuckerfrei. Ausspülung: unverdautes Beefsteak.

Diagnose: Magenerweiterung. Ordination: Täglich 2malige Ausspülung. Bei der Morgens-Ausspülung entleert sich gelb-grünliches Wasser. Die chemische Untersuchung ergibt: Flüssigkeit reagierte anfangs fast neutral, später schwach alkalisch. Die Färbung rührt von Gallenfarbstoffen her. Es wurden geringe Mengen Bilirubin erkannt. Ausserdem enthält die Flüssigkeit Hefenpilze und geringe Mengen Fleischfasern.

Die Kost wurde in der bei mir eingeführten Form gereicht und ziemlich gut vertragen. Nach 10 Tagen wird das Befinden des Patienten ein entschieden besseres, ebenso sein Aussehen. Er isst mit Appetit, und sein vorher hypochondrischer Zustand macht einer Art Euphorie Platz. Die ausgespülte Flüssigkeit zeigt nun klare Farbe; bei der Abendausspülung ist Alles bis auf Spuren verdaut. Patient verlässt nach 3 Wochen die Anstalt entschieden gebessert und nicht ohne eine kleine Gewichtszunahme. Die Sonde lässt sich jetzt nur noch 65 Ctm. einführen.

IX. Fall.

F. aus A., 32 Jahre alt, hatte die Masern und Scharlach als Kind. F. stammt aus gesunder Familie; die Eltern leben noch. War nie krank. Seit 2 Jahren bemerkt er heftige krampfartige Schmerzen, die ganz irregulär bald nach der Mahlzeit, bald bei nüchternem Magen auftreten. Er hatte nie Erbrechen. Patient gibt starke Excesse in Venere zu.

Status praesens: Patient mittelgross, hat etwas blasses Aussehen, ist an Herz und Lunge gesund. Die Inspection und Palpation der Magengegend zeigt nichts Auffallendes, namentlich ist kein Schmerzpunkt auffindbar. Patient gibt an, Schweinefleisch und Sauerkraut ohne Beschwerden essen zu können. Der Schmerz, der jetzt meist nach Mitternacht auftritt, strahlt von dem proc. xyphoid. bis gegen die Blase hin aus und ist enorm, so dass Patient fast ohnmächtig wird. Druck auf die Magengegend mindert den Schmerz etwas, ebenso die Elektrizität. Der Anfall dauert oft über eine halbe Stunde und endigt mit Aufstossen von Gasen und reichlicher Urinentleerung. Der Kranke ist während des Anfalls nach seinen Angaben in Schweiss gebadet. Die Sondirung ergibt zu verschiedenen Zeiten und öfters vorgenommen jedesmal die Speisen vollständig verdaut. Blut oder Gallensteine sind im Kothe nicht zu finden.

Diagnose: Cardialgie. Ordination: Patient erhält Kost III und IV und trinkt Rakoczy in kleinen Mengen und mässig erwärmt. Die Magengegend wird mit dem faradischen Strom behandelt. Eine wesentliche Aenderung wurde nicht erzielt, nur schienen die Anfälle von etwas kürzerer Dauer zu sein. Ich wandte nun die von Kussmaul empfohlene Magendouche mit auf 28° C. erwärmten Rakoczy an, bei deren Gebrauch durch 14 Tage sich die vorher enormen Schmerzen fast vollständig verloren. Nach 5 Wochen verliess P. von allen Beschwerden befreit die Anstalt.

X. Fall.

U. aus E., 41 Jahre alt. Litt als Kind an Masern und hatte mit 23 Jahren Scarlatina. Neigt zu Hautausschlägen. Bis zum 38. Jahre bestand Neigung zum Durchfall, von da an das Gegentheil. 1880/81 im Winter traten

Kreuzschmerzen namentlich des Morgens im Bette ein. 1883 erkältete er sich stark und bekam Rheumatismus in den Arm. Nach einer Dienstreise trat taubes Gefühl in den unteren Extremitäten mit Zittern und Schwäche ein, so dass er nur kleine Strecken gehen konnte; er will die Beine nachgeschleift haben. P. gibt an, nie luetisch gewesen zu sein. Es wurden die Diagnosen: Nierenaffection, Rheumatismus und Centralnervenerkrankung gestellt. Das Einreiben von Quecksilbersalbe hatte keinen Erfolg, wohl aber konnte er nach dem Gebrauch von Salicylsäure das Bett verlassen, fühlte sich aber schwach. Im Februar 1881 stellte sich Harndrang mit Schmerz längs der Uretheren nach der Glans hin ein. Derselbe strahlte von hinten nach den Bauchdecken, die er hart und fest zusammenzog. Ordination: Infus. uvae urs. Wildunger Wasser. Die Schmerzen gingen weg. Später wieder Schmerz im Verlaufe des Ischiadicus. Bei einer eingehenden Untersuchung des Nervensystems von Professor Weber wurden keine Tabeserscheinungen constatirt. Syr. ferr. jodat.

Status praesens: U. gross, gut genährt, aber anämisch aussehend. Starker Foetor ex ore. Zunge dick belegt. Herz und Lunge intact. Magengegend verstrichen, Unterleib vorgetrieben und von Luftkissenartiger Resistenz. Patient kann willkürlich durch Contractionen der Bauchmuskulatur sehr laute Schwappelgeräusche hervorrufen. Bei der Succussion hört man deutlich plätschernde Geräusche, ebenso bei Lagewechsel. Schmerz in der ganzen Magengegend. Oftmaliges Aufstossen von Gasen mit üblem Geruch. Starke Obstipation. Colon ascendens mit Kothmassen angefüllt und bei Druck gegen die Wirbelsäule schmerzhaft. Druck auf die Ileocoecalgegend ruft Schmerzen und Kribbeln in den Beinen hervor. Appetit sehr verringert. Sonde mit Mandrin lässt sich 70 Ctm. einführen. Die Perkussionsgrenze reicht nach unten 3 Finger breit unter den Nabel. Harn eiweiss- und zuckerfrei. Patient kann mit geschlossenen Augen gehen und empfindet selbst leise Berührungen sehr prompt.

Diagnose: Magenerweiterung. Ordination: Täglich 2maliges Ausspülen, wobei constant Galle mit zu Tage gefördert wird. Die Verdauung selbst ist 7 Stunden nach der Mahlzeit vollständig vollendet. Gegen die Obstipation Soole von Kohlensäure befreit zum Trinken. Geeignete Verköstigung. Der Zustand bessert sich zusehends, und nach 5 Wochen verlässt P. die Anstalt, von allen Beschwerden mit Ausnahme der Obstipation befreit, gegen die der Irrigator empfohlen wird.

XI. Fall.

M. G. aus **B.**, 38 Jahre alt. Hatte die gewöhnlichen Kinderkrankheiten. Litt dreimal an der Ruhr und machte viele seelische Aufregungen durch. Litt als Mädchen an Chlorose. Menses waren regelmässig, aber profus. Sie leidet seit 16 Jahren am Magen. Die hervorstechendsten Symptome waren: Heftiger Schmerz nach dem Essen, Aufstossen von geruchlosen Gasen, Unruhe im Darm, Flatulenz, dabei der Appetit gut, und hartnäckige Verstopfung. Selten Erbrechen, niemals Bluterbrechen. P. hat Karlsbad, Bismuth, Rheum, Eisen etc. etc. ohne Erfolg gebraucht.

Status praesens: Zarter Körperbau, blass-gelbe Gesichtsfarbe, Anämie, leidender Ausdruck, starke Abmagerung. Guter Geschmack im Munde, Zunge nicht belegt. Herz und Lunge normal. Magengegend schwach vorgewölbt und sehr empfindlich. Starker, schneidender Schmerz ein Finger breit unter dem proc. xyphoideus, der sich auf Druck steigert und regelmässig 2 Stunden nach dem Essen auftritt. Aufstossen von Gasen während der Verdauung; bleibt dies aus, so entsteht Unruhe im Darm und Flatulenz. Wanderniere rechts. Anteversio uteri und Ulcerationen an

der port. vaginal. Ileocoecalgegend schmerzhaft. Obstipation sehr heftig. Der Koth wird in Form harter, schwarzer Kugeln nur nach Anwendung des Irrigators oder nach Rheum entleert. Hämorrhoiden. Gedrückte Stimmung und Neurasthenie, die jedoch erst im Verlaufe des langen Leidens entstand, Manche Erscheinungen, die mehr unter die nervös-dyspeptischen zu rechnen waren, glaubte ich durch die Lageveränderung des Uterus und die Wanderniere erklären zu müssen, und stellte ich die

Diagnose: Magengeschwür bei der Anämischen wegen des localisirten und intermittirenden Schmerzes. Ordination: Ruhige Lagerung und heisse Moorumschläge, die jedoch nur 2 Tage vertragen werden, da die Patientin sich sehr schwach fühlte. Sie nimmt die flüssige Kost gerne, wie denn der Appetit überhaupt ein guter ist. G. isst immer nur wenig aus Angst vor Schmerzen. Bei der Schwäche der Patientin lässt sich die ursprüngliche Ordination nicht einhalten, und bekommt sie weiche, reizlose Kost: Hirn, Briesel, geschabtes Fleisch, das anscheinend besser vertragen wird. Das Uterinleiden wurde örtlich behandelt. Mit der 3. Woche stellte sich sogar ein gewisses Wohlbehagen ein, das aber leider nicht Stand hielt. Die Periode blieb aus. In 5 Wochen wurde nur erreicht, dass bei geeigneter, bestimmter Kost die Schmerzen entweder ausblieben, oder minder stark auftraten. Das Aussehen schien etwas gebessert, aber die Stuhlbeschwerden blieben gleich. Eine Ausspülung war nicht vorgenommen worden. Nachträglich hörte ich von der Patientin selbst, dass sie sich wesentlich besser fühle nach strenger Einhaltung der reizlosen Kost durch Monate, was mir die nach langer Beobachtung gestellte Diagnose zu bestätigen scheint.

XII. Fall.

P. D. aus Ch., 47 Jahre alt, hatte als Kind Scharlach und Masern, ist seit dem 13. Jahre augenleidend und

hatte mit 40 Jahren Blutspeien, das sich inzwischen nicht wieder einstellte. Damals verlor er die Sprache. Seit 1874 leidet P. an Magenbeschwerden, als deren Ursache er den Gebrauch sehr freigebig verabreichter Medicamente bezeichnet. Der Appetit war wechselnd, mitunter hatte er Heiss- hunger, 6 Stunden nach dem Essen. Druck und Völlege- fühl, kein Aufstossen, kein Erbrechen, zeitweise saurer Ge- schmack im Munde.

Status praesens: Patient gross, abgemagert, blass- gelbliche Hautfarbe. Thorax besonders mager. Spitzen- infiltration rechts. Herz gesund. Magengegend schwach vorgewölbt, auf Druck nicht empfindlich, nirgends ein Schmerzpunkt. Zunge etwas belegt. Kein Geruch aus dem Munde. Pappiger Geschmack. Druck und Spann- ung nach dem Essen. Stuhl erschwert. Hämorrhoiden. Harn eiweiss-frei. Patient gibt starken Biergenuss zu. Darm stark mit Gasen gefüllt. Ausspülung ergibt Beef- steak nach 7 Stunden unverdaut. Salzsäureabscheidung vermindert.

Diagnose: Chronischer Magenkatarrh. Or- dination: Rakoczy und Kost II; später nach gut ausge- fallener Controlle Kost III und IV. Aufenthalt bei den Gradirwerken. Inhalation zerstäubter Soole. Patient isst mit Appetit, verliert diese Erscheinungen und verlässt nach 4 Wochen ohne Beschwerden die Anstalt.

XIII. Fall.

G. A. aus New-York, 39 Jahre alt, litt als Kind an Scarlatina. Hatte vor 7 Jahren acuten Magen- und Darmkatarrh; seit dieser Zeit datiren seine Beschwerden, die als Schmerz in der Magengegend beim Bücken, ver- ringelter Appetit, wässriges Erbrechen des Morgens nüch- tern, Druck- und Völlegefühl nach der Mahlzeit, Stuhlbe- schwerden und Heiss hunger auftraten.

Status praesens: A. mittelgross und gut genährt sieht etwas blass aus und ist nervös, wozu er von jeher neigte. Vermöge seiner aufregenden und anstrengenden Thätigkeit steigerte sich diese Nervosität noch mehr. P. ist an Lunge und Herz gesund. Magengegend etwas vorgewölbt und empfindlich. Vermehrter Druck lindert den Schmerz. Patient bricht, wenn er sich aufregt. Bei der Palpation fühlt man keinen Tumor. Patient klagt über Druck, der fast immer anhält, und Völle nach dem Essen, Kopfschmerz, Schwindel, Schwäche in den unteren Extremitäten und äusserst trägen Stuhl. Appetit schlecht und mit Heisshunger abwechselnd, reichliches Zusammenfliessen von Speichel im Munde. Aufstossen und Beengungsgefühl. Druck auf die Ileocoecalgegend schmerzhaft. Die Einführung der Sonde gelang bei der hochgradigen Nervosität nicht. P. gibt starke Excesse in Venere zu, bestreitet hingegen jede Unmässigkeit im Essen und Trinken.

Diagnose: Nervöse Dyspepsie. **Ordination:** Kräftiges, aber leicht verdauliches Essen, Kost III und IV, etwas Wein, Vermeidung von Aufregungen, erst warme, dann allmählig kalte Soolbäder, dann Wellenbäder mit Application der kalten Douche auf die Magengegend. Gegen die Atonie des Darmes wurde die Massage mit vorzüglichem Erfolge angewandt. Patient verlor alle ihn quälende Symptome und verliess die Anstalt in vollständig befriedigendem Zustand.

XIV. Fall.

M. aus B., 34 Jahre alt. Hatte die gewöhnlichen Kinderkrankheiten, litt mit 20 Jahren an einem 9 Monate dauernden Darmkatarrh, der sich mit 33 Jahren abermals einstellte und gleichfalls 8—9 Monate dauerte. Patientin nahm dabei an Körpergewicht beträchtlich ab. Sie wurde mit argent. nitr. behandelt. Patientin gibt an, von Jugend

auf nervös gewesen zu sein und viele Aufregungen durchgemacht zu haben. Sie hatte einen Abortus und 1875 eine schwere Geburt, bei der Verletzungen mit der Zange stattfanden. Die Magenbeschwerden existiren seit circa 2 Jahren, begannen mit Appetitlosigkeit, Druck und Spannung in der Magengegend, Brechneigung, aber keinem Erbrechen, Sodbrennen und häufigem Aufstossen und Schluchzen. Blut wurde nie erbrochen. M. will vor 8 Tagen blutigen Stuhl gehabt haben, derselbe soll wie Nusskohle ausgesehen haben und dünnflüssig gewesen sein.

Status praesens: Patientin eine schlanke, sehr aufgeregte Dame von blasser Gesichtsfarbe und grosser Lebhaftigkeit, klagt über mangelnden Appetit, Schlaflosigkeit, Kopfschmerz, Aufstossen, Globus und heftigen Druck, etwa 10 Minuten nach der Mahlzeit. Herz und Lunge gesund. Fluor albus und Errosionen am Muttermund. Leichte Retroflexio uteri. Obstipation. Unterleib weich und mässig aufgetrieben, Druck auf die linke Ovarialgegend erregt lebhafte Schmerzen. Der Magen erscheint vorgewölbt und ist bei der Betastung nicht schmerzhaft. 2 Finger breit unterhalb des proc. xyphoid. will Patientin einen auf Druck schmerzhaften Punkt haben, bei dem durch stärkeren Druck der Schmerz bald gesteigert, bald gelindert wurde. Blut wurde nie erbrochen. Patientin stammt aus gesunder Familie, ist aber in ihren Gemüthsstimmungen sehr wechselnd und offenbar hysterisch. Sonde konnte bei der Reizbarkeit der Patientin nicht eingeführt werden. Patientin lebte stets sehr regelmässig.

Diagnose: Nervöse Dyspepsie (Ulcus ventr.?)
Ordination: Anfangs Ruhe und nur flüssige Nahrung, wobei sich aber die Beschwerden vollständig gleich bleiben, dann III. und IV. Kost, die mit vielem Appetit genossen wird, Soolbäder und Rakoczy zur Beseitigung der Obstipation, örtliche Behandlung des Uterus. Innerhalb 5 Wochen minderten sich die Beschwerden seitens des Magens, und blieb nur eine grosse Reizbarkeit zurück. Es wurden Er-

gotinpillen nach Leube gegeben. Von der Anwendung der Elektrizität sah ich hier, nachdem ich gerade vorher gar keinen Erfolg bei Dyspepsia nervosa erreicht hatte, ab. Patientin verliess bedeutend gebessert die Anstalt.

XV. Fall.

E. G. aus **Evansville**, 36 Jahre alt, leidet seit 2 Jahren an Appetitmangel, Schmerzen in der Magengegend, und Verstopfung; Erbrechen und Aufstossen fehlen. Diese Beschwerden veranlassten ihn nach Deutschland zu gehen.

Status praesens. G. etwas über Mittelgrösse ist von anämischem Aussehen und mager; er neigt den Oberkörper beim Gehen vorwärts. Seine Stimme ist heiser. Patient hat heftigen Rachenkatarrh in Folge starken Rauchens und auch Larynxkatarrh, wie eine in Marburg vorgenommene Untersuchung ergab; das linke Stimmband ist stark injicirt und geschwellt; in dem Winkel zwischen den wahren und falschen Stimmbändern ist eine leicht ulcerirte Stelle. Pappiger Geschmack und saurer Geruch ex ore. Herz ist gesund. Harn eiweissfrei. Linke Lungenspitze suspect, Inspirium rauh, Exspirium länger als rechts, keine katarrhalischen Geräusche. Milz erweist sich bei der Perkussion vergrössert, ist aber nicht fühlbar. Er litt nie an Malaria, stammt aber aus einer Gegend, in der Malaria vorkommt. Die Magengegend ist nicht vorgewölbt und bei tiefem Druck empfindlich. Eine circumscribed, schmerzhaft Stelle konnte ich nicht finden. Die Curvatura major reicht beträchtlich nach unten. Patient klagt über pappigen Geschmack, Appetitlosigkeit und Druck und Völle nach der Mahlzeit. Er gibt zu, stets hastig gegessen, nicht genügend gekaut und übermässig geraucht zu haben. Von einer Sondirung musste ich bei der grossen Brechneigung und dem heftigen Rachenkatarrh absehen.

Diagnose: Chronischer Magenkatarrh. Or-
dination: Dem Patienten wird das Rauchen strenge unter-
sagt. Er erhält anfangs nur flüssige Nahrung und weiche
Eier und trinkt kleine Gaben Rakoczy. Der Appetit wird
rasch besser, und nun erhält er die consistentere II. Kost.
Er badet und geht fleissig spazieren und inhalirt täglich
1 Stunde zerstäubte und von Kohlensäure befreite Soole.
Die Magenbeschwerden verringern sich, und P. isst Kost
III und IV ohne Beschwerden mit bestem Appetit. Er
nahm an Körpergewicht zu und verliess in bester Stimm-
ung und in besserem Aussehen nach 4 $\frac{1}{2}$ Wochen die
Anstalt.

XVI. Fall.

F. aus G., 50 Jahre alt, hatte mit 13 Jahren gastri-
sches Fieber. Patient leidet seit 10 Jahren am Magen.
Die Krankheit fing mit Appetitmangel an, dann kam Wi-
derwillen gegen Essen und Trinken, Morgens pappiger,
schlechter Geschmack im Munde und Brechneigung, wobei
öfters reine Galle erbrochen wurde. Patient wurde im
Verlaufe der langen Krankheit blass, magerer und ver-
driesslich. Patient war 2mal in Karlsbad und 2mal hier.
Zeitweise fühlte er sich wohl, und traten die Beschwerden
meist nach Diätfehlern und starken Aufregungen wieder ein.

Status praesens: Patient sieht älter aus, als er
ist, hat eine blass-gelbe Gesichtsfarbe und schwachen Foetor
ex ore. Die Zunge ist belegt. Jetzt hat er sehr geringe
Beschwerden, namentlich ist der früher regelmässige Vo-
mitus matutinus beseitigt. Herz und Lunge gesund. Magen-
gegend vorgewölbt, doch nicht empfindlich. Druck und
Völle stellen sich post coenam in mässigem Grade ein.
Der Appetit ist schlecht und auch der Geschmack im Munde.
Unterleib ist etwas aufgetrieben, die Ileocoecalgegend ist
auf Druck empfindlich. Harn eiweiss- und zuckerfrei. Aus-

spülung: Beefsteak unverdaut. Salzsäureausscheidung vermindert.

Diagnose: Chronischer Magenkatarrh. Ordination: Kleine Gaben Rakoczy, Kost II, durch einige Tage nur flüssig und Eier, dann consistenter, III und VI Kost und nur wenig Rothwein. Die Beschwerden schwinden in 4 Wochen vollständig und Patient verlässt die Anstalt mit den nöthigen Weisungen.

XVII. Fall.

L. aus K., 47 Jahre alt, leidet seit einigen Jahren am Magen. Sein Zustand begann mit Appetitlosigkeit, schlechtem Geschmack im Munde, Brechneigung und lästigem Aufstossen. Patient hat viel gearbeitet und ist sehr reizbar.

Status praesens: L. ist mager und sieht anämisch aus; macht den Eindruck eines leicht erregbaren Menschen. Es ist Rachen- und Kehlkopfkatarrh vorhanden. Rechts Spitzenkatarrh. Herz gesund. Magengegend schwach vorgewölbt und auf Druck mässig empfindlich. Bestimmter Schmerzpunkt nicht vorhanden. Bluterbrechen fand nie statt. Er klagt über Appetitmangel, Druck und Völle, unruhigen Schlaf, starke Aufregung und Blähungen. Ausspülung ergibt Beefsteak unverdaut. Salzsäureausscheidung scheint mangelhaft. Patient ist Hypochonder durch und durch.

Diagnose: Chronischer Magenkatarrh. Ordination: Rakoczy, Kost II, dann III und IV, täglich etwas Wein, Aufenthalt in frischer Luft und Inhaliren von Soole; Bäder allmählig in der Temperatur heruntergehend. Der Appetit wird gut, und die Beschwerden verlieren sich bis auf zeitweiliges lautes Aufstossen; der Schlaf ist ruhig und erquickend. Patient bleibt aber reizbar und hypochondrisch und verlässt nach 4 Wochen die Anstalt, weil er an Körpergewicht nicht zunimmt.

XVIII. Fall.

T. aus Gr. B., 67 Jahre alt, will sonst immer gesund gewesen sein. Sein Vater starb an einer schmerzhaften Magenkrankheit. Seit etwa einem Jahre leidet er an Magenbeschwerden, Widerwillen gegen das Essen, an stark saurem Aufstossen, häufigem Erbrechen und heftigen Schmerzen nach der Mahlzeit. Patient ist sehr zurückgegangen und fühlt sich schwach und elend.

Status praesens: Patient mittelgross, hat erdfahles Aussehen und leidenden Gesichtsausdruck, klagt über die angeführten Beschwerden. Lunge und Herz zeigen keine Veränderungen. Leber ist vergrössert und hart, aber nicht höckerig durchzufühlen. Die Magengegend ist etwas vorgewölbt und fühlt man bei der Betastung etwa 3 Centimeter unter dem proc. xyphoideus einen harten Tumor. Supraclaviculardrüsen sind geschwollen. Rechterseits Scrotalhernie. Leichtes Oedem an den Knöcheln. Ausspülung: total unverdautes Beefsteak. Ein Resorptionsversuch mit Jodkalium nach J. Wolff liess 5 Stunden nach der Einnahme noch kein Jod im Speichel nachweisen.

Diagnose: Carcinoma ventriculi. **Ordination:** Gegen die Schmerzen Morphinum-injection, gegen die hartnäckige Obstipation Klysmata und flüssige Nahrung, die Patient durch mehrere Tage bei sich behält. Stuhl blass gefärbt, Urin jedoch eiweissfrei. Am 5. Tage stellt sich Erbrechen ein, das sich auf die Application von Eis, das Verschlucken von Eisstückchen etc. nicht stillen will. P. wird per rectum ernährt. Zwei Tage später verlangt er nach Hause und wird entlassen. Der weitere Verlauf ist mir unbekannt.

XIX. Fall.

D. aus B., 23 Jahre alt, hatte die gewöhnlichen Kinderkrankheiten, sonst will er stets gesund gewesen

sein. Er stammt aus gesunder Familie. Patient war früher ein sehr starker Esser, so dass man sich über seinen guten Appetit wunderte; dabei fühlte er sich aber wohl. Seit geraumer Zeit bemerkt er aber Druck und Völle nach der Mahlzeit, und ist ihm die Kleidung dann beengend. Der Appetit wurde schwächer und machte allmählig der Appetitlosigkeit Platz; er war viel mit gasigem Aufstossen gequält und litt an Flatulenz; dabei meist hartnäckige Verstopfung. Er wurde magerer und blasser und kam deshalb hieher.

Status praesens: D. mittelgross, von schwächlicher Figur und blassem, kränkenden Aussehen, klagt über Spannung und Blähung nach dem Essen, häufiges Kollern, gasiges Aufstossen, zeitweise Flatulenz und vollständigen Appetitmangel. Er hat das Gefühl der Schwere und des „Nach unten Drängens“ in dem Leibe. Herz und Lunge gesund. Sichtbare Schleimhäute blass. Leichter Foetor ex ore. Magengegend nur wenig, hingegen die regio hypochondriaca sinistra stark vorgewölbt und beim Betasten von luftkissenartiger Resistenz. Die Perkussion ergibt die Magengrenzen nach unten bis zum Nabel hinreichend. Bei Lagewechsel vernimmt man deutliche Plätschergeräusche. Die Sonde lässt sich mit Mandrin 67 Ctm. tief einführen und wird das Aufstossen derselben auf der tiefsten Magenstelle vom Patient prompt angegeben. Die Darmbewegung erweist sich sehr träge. Stuhl sehr erschwert. Die Ausspülung ergab nach 7 Stunden von Speiseresten freies Spülwasser, das aber grüngelblich gefärbt war. Es wurde darin Gallenfarbstoff, Butter- und Essigsäure, sowie viele Hefenpilze constatirt.

Diagnose: Magenerweiterung. Ordination: Consistente Mahlzeiten, vorwiegend aus Fleisch bestehend. Täglich zweimalige Ausspülung, wobei die Morgen-Ausspülung mit einer Borsäurelösung gemacht wurde. Das Aussehen und der Appetit des Patienten besserten sich zusehends, und trat das Druckgefühl ganz zurück. Gegen

die Darmträgheit wurde mit Erfolg die Massage angewandt. Die Ausspülungen zeigten circa 10 Tage die gelblich-grüne Färbung; in diesem Zeitraum persistirten die Beschwerden. Mit der Abnahme dieser Färbung ging die Besserung Hand in Hand, und kehrte bei der Jugend des Patienten das elastische Muskelgewebe wieder zu seinem normalen Volumen zurück. Die Sonde liess sich mit Mandrin schliesslich nur 59 Ctm. einführen. Weniger günstig waren die Fortschritte mit der Darmthätigkeit. Patient benutzte überdies Wellenbäder und verliess nach 5 Wochen Kissingen ohne Magenbeschwerden und mit gutem Appetit. Im Unterleibe machte sich zeitweise, namentlich wenn Stuhl ausblieb, ein leichter Druck bemerkbar.

XX. Fall.

W. aus B., 42 Jahre alt, hatte die gewöhnlichen Kinderkrankheiten und inficirte sich vor 17 Jahren. Seit 2 Jahren hat er Magenblutungen, die sehr copiös waren, nach eigener Angabe einmal über 1 Liter. Dabei war der Appetit gut, und hielt Patient gar keine Diät ein. Er litt mehrmals an Icterus und hat häufig Nasenbluten, wie er denn überhaupt sehr zu Blutungen neigt.

Status praesens: Patient über mittelgross, ist das Bild der Anämie; er ist vollständig wachsfarben, fühlt sehr grosse Schwäche in den Beinen, so dass er nur mit Unterstützung gehen kann. Sichtbare Schleimhäute sind vollkommen blass. Neigung zu Diarrhöen, bei denen das Essen unverdaut abgeht, dabei Appetit ziemlich gut. Grosse Depression. Herz und Lunge gesund. Leber vergrössert. Leistendrüsen geschwollen. Magengegend mässig vorgewölbt, nirgends schmerzhaft, auch nicht auf Druck; dies soll immer so gewesen sein. Unterleib stark mit Gasen gefüllt und nirgends empfindlich. In den Händen Ameisenlaufen. Patient führt beiderseitig alle Bewegung prompt,

aber schwach aus, gibt Berührungen bei verbundenen Augen gut an und hat nie blitzartige Schmerzen in den Extremitäten beobachtet.

Diagnose: *Ulcus ventriculi*. **Ordination:** Absolute ruhige Lagerung, Fleischsolution, heisse Mooraufschläge. Blutungen traten nicht wieder ein, doch hatte Patient mehrmals *Cruor ex naribus*. Von einer Ausspülung wurde aus Rücksicht auf eine eintretende Blutung Umgang genommen. So lag er vollständig ruhig 10 Tage, hierauf bekam Patient weiche Suppen und weiche Eier, später geschabtes Fleisch und kräftigen Rothwein in kleinen Gaben, dann die Braten von Kost IV als Haché und geschabtes Beefsteak gebraten, endlich Kost IV mit den erlaubten Gemüsen. Patient ass mit gutem Appetit und fühlte sich wohl bis auf die Schwäche in den Beinen. Da auch noch andere Anzeigen für das Vorhandensein von Lues da waren, wurde mit aller Vorsicht eine Jodkaliumkur eingeleitet und Patient, nachdem er dies gut vertrug, und die Jahreszeit vorgeschritten war, von seinem Magenleiden geheilt entlassen.

XXI. Fall.

M. aus **Chicago**, 32 Jahre alt, leidet seit Jahren an Obstipation und seit circa 2 Jahren auch am Magen. Seine Beschwerden begannen mit Druck und Völle, Aufstossen von Gasen, zeitweisigem Erbrechen und Appetitlosigkeit, abwechselnd mit Heisshunger.

Status praesens: M. ein grosser, anämisch aussehender Mann ist abgemagert und klagt über schlechten Geschmack im Munde, Druck und starke Spannung nach der Mahlzeit, hartnäckige Verstopfung, schlechten Appetit und unruhigen Schlaf. Brechneigung besteht, doch kommt es nicht zum Erbrechen. Blut wurde nie erbrochen, auch fehlen eigentliche Schmerzen. Patient hat einen Herzfehler,

seine Lunge ist gesund. Foetor ex ore. Die Magengegend und das linke Hypochondrium erscheinen vorgetrieben und sind von luftkissenartiger Resistenz. Man hört bei Lagewechsel, nachdem P. ein Glas künstliches Selterswasser getrunken, deutlich Schwappelgeräusche, und reicht die untere Magengrenze bis 2 Centimeter über den Nabel hinab. Schmerzhaft ist das Organ beim Betasten und auf Druck nicht. Die Sonde lässt sich mit Mandrin 70 Ctm. einführen. Die Ausspülung ergab Beefsteak nach 7 Stunden fast ganz verdaut, das Spülwasser von vorhandener Galle grünlich getärbt.

Diagnose: Magenerweiterung. Ordination wie bei Fall 19. Nach 12 Tagen fing das Spülwasser an, weniger grünlich gefärbt zu sein, namentlich, wenn Borsäurelösung bei der Ausspülung zuvor benützt worden war. Der Appetit wurde besser, und schwand auch der Druck und die Spannung, die Trägheit des Darmes aber blieb, und nur durch den Irrigator oder durch Kissinger Bitterwasser konnte der Stuhl erzwungen werden. Die Massage des Unterleibs zeigte sich von günstigem Einfluss auf Darmbewegung und Stuhl. Nach 5 Wochen liess sich die Sonde mit Mandrin nur 61 Ctm. einführen. Patient fühlte keine Beschwerden mehr und wird geheilt entlassen.

XXII. Fall.

H. aus C., 62 Jahre alt, will sonst immer gesund gewesen sein. Seit circa 1 $\frac{1}{2}$ Jahren leidet er am Magen. Seine Beschwerden begannen mit saurem, pappigem Geschmack, Appetitverminderung, Druck und Völle; keinen Schmerz nach der Mahlzeit. Seit einem halben Jahre stellte sich Erbrechen ein, und nahm Patient 50 Pfd. ab. Hereditäre Belastung liegt nicht vor.

Status praesens: H., ein starkknochiger, grosser Mann, hat kachektisches, erdfahles Aussehen, leidenden Ge-

sichtsausdruck und ist sehr mager. Herz und Lunge gesund. Starker Foetor ex ore. Die Supraclaviculardrüsen sind nicht geschwollen, hingegen die Leistendrüsen. Die Leber ist vergrößert und als harter, nicht höckriger Gegenstand durch die sehr mageren Bauchdecken durchzufühlen. Die Magengend ist etwas vorgetrieben und empfindlich. 4 Ctm. nach rechts und etwas nach unten vom proc. xyph. ist ein Schmerzpunkt; hier fühlt auch Patient immer den Schmerz, der 3 Stunden nach der Mahlzeit aufzutreten pflegt. Der Stuhl ist angehalten. Urin eiweisshaltig. Die Perkussion ergibt den Magen etwas vergrößert, doch lässt sich die Sonde in den nüchternen Magen nur 57 Ctm. einführen. Patient erbricht regelmässig nach 2 Tagen alles inzwischen Genossene, und scheint nur noch Flüssigkeit in mässigem Grade resorbirt zu werden. Demgemäss ist die Harnausscheidung pro die sehr gering zwischen 300—500 gr. Die Ausspülung ergab Beefsteak vollständig unverdaut. Jodkalium lässt sich 4 Stunden nach der Einnahme im Speichel nicht nachweisen.

Diagnose: Carcinoma ventriculi (des Pylorus.) **Ordination:** Fleischsolution, guter starker Wein, Pankreasclysma, Morphinum subcutan. Patient nimmt in 14 Tagen wieder 11 Pfd. ab und geht auf meinen Rath in seine Heimath, wo er 3 Wochen später starb.

XXIII. Fall.

W. aus M. hatte die gewöhnlichen Kinderkrankheiten und ist von Jugend auf nervös. Diese Nervosität steigerte sich bei seinem Magenleiden. Er klagt über Druck, der nach jeder Speise, auch der leichtesten auftritt, hat viel gasiges Aufstossen, heftigen Kopfschmerz, grosse Reizbarkeit, unruhigen Schlaf und erschwerten Stuhl.

Diagnose praesens: Patient der schon mehrere Kuren durchgemacht und an Dyspepsia nervosa von Prof.

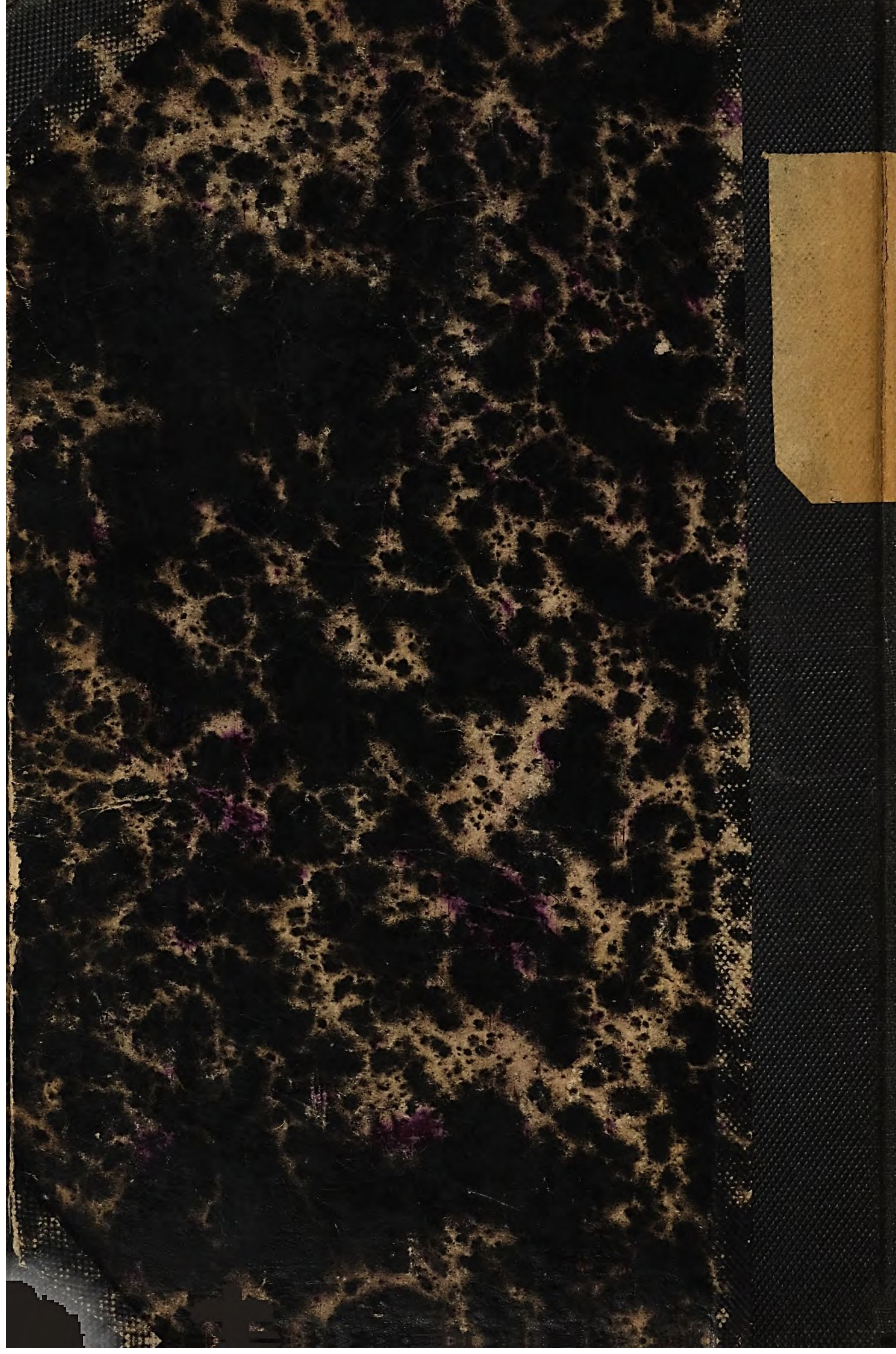
Kussmaul behandelt wurde, ist wohl genährt und hat zur Zeit ein gutes, gesundes Aussehen. Die Magengegend, sowie das ganze Abdomen sind mässig vorgewölbt, der Magen zeigt sich empfindlich auf Druck; bei stärkerem Druck jedoch mindert sich das Gefühl. Die Ileocoecalgegend ist empfindlich, und fühlt man im Colon ascendens harte Kothmassen. Die Ausspülung ergibt die Nahrung vollständig verdaut und eine mässige Erweiterung des Magens. Appetit unregelmässig, oft Heisshunger.

Diagnose: Dyspepsia nervosa. Ordination: leicht-verdauliche, aber kräftige Kost, viel Bewegung in frischer Waldluft, Wellenbäder, und gegen den trägen Stuhl Massage des Unterleibs. Von der Anwendung der Faradisation sah ich noch entschiedenen Misserfolgen ausserhalb der Anstalt ab. Die Beschwerden besserten sich nicht wesentlich und musste P. Geschäfte halber Kissingen nach circa 14 Tagen verlassen.



Buchdruckerei von T. A. Schachenmayer in Bad Kissingen.

to



Sohlern, Carl Edgar <<von>>,

Die häufigsten Magenkrankheiten und deren Behandlung

Bad Kissingen 1885

Path. 1190 tg

urn:nbn:de:bvb:12-bsb11873558-6